

Autoridad Prescriptiva y Enfermería: un análisis comparativo de Brasil y Canadá

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda¹
Sioban Nelson²
Maria Itayra Padilha³
Jaime Alonso Caravaca-Morera⁴

Objetivo: analizar las diferencias entre la prescripción enfermera en Brasil y en Ontario, Canadá. **Métodos:** estudio comparativo entre dos escenarios diferentes; esta comparación no se realizó entre los dos países porque Canadá no estandariza esta práctica, que está legalmente establecida y se considera como un área de conocimiento profesional avanzado en Brasil. **Resultados:** prescripción es una posición profesional para ser ocupada por enfermeras. Sin embargo, existe una tensión alrededor de esta práctica porque se la ve como una amenaza a los privilegios o a las tradiciones de otros profesionales de salud. La prescripción enfermera en Brasil y en Ontario sigue la legislación vigente y el proceso de formación en cada contexto. **Conclusiones:** hay algunos desafíos a vencer para garantizar la visibilidad y la consolidación de la práctica de enfermería en estas realidades: garantía de aptitud profesional, credibilidad, aceptabilidad y la respetabilidad de clientes en su ámbito profesional por otros profesionales de la salud.

Descriptores: Enfermería; Sistemas de Medicación; Medicamentos Bajo Prescripción; Consejos de Salud.

¹ PhD, Enfermera, Associação Brasileira de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON, Canadá.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Estudiante de doctorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Profesor Adjunto, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, SJ, Costa Rica.

Correspondencia:

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
Associação Brasileira de Enfermagem
Rua João Meirelles, 884/101/bl.F
Bairro: Abraão
CEP: 88085-201, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: bellaguardaml@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Este artículo analiza la práctica de la prescripción enfermera en Brasil y en Canadá. Sin embargo, debido a las prácticas de enfermería y las diversas normas entre las provincias de Canadá, la provincia elegida para este trabajo fue la de Ontario.

Hoy en día, hay una necesidad urgente de un diálogo amplio entre las enfermeras y otros profesionales de la salud sobre el alcance y los límites de sus prácticas en los servicios de salud. Además, estas negociaciones deben estar en conformidad con las políticas profesionales y dentro del ámbito de las políticas sociales⁽¹⁾.

La prescripción de medicamentos, así como los diagnósticos clínicos de enfermedades de los pacientes, ha sido considerada una prerrogativa de la profesión médica durante siglos. Sin embargo, a lo largo del siglo XX, cuestiones como la prescripción enfermera en diferentes niveles de complejidad y ámbito de aplicación comenzaron a discutirse a nivel global⁽²⁾.

A lo largo de la historia de su profesión, las enfermeras han adquirido la pericia, el conocimiento avanzado y la práctica legal para prescribir medicamentos. Las nuevas tecnologías requieren que profesionales de enfermería combinen su propio conocimiento y habilidades con las prácticas de salud interdisciplinarios y, de este modo, la enfermería se ha convertido en una actividad más especializada.

Existen diferencias entre los diferentes grupos de profesionales de salud en la comprensión del ámbito profesional de la práctica, la cual, a veces, es vista como un trabajo inclusivo y necesario y, a veces, como algo que se apropia del poder de otros profesionales. Estas diferencias surgen donde se produce el proceso de trabajo, como por ejemplo en los tribunales y en publicaciones en los medios de comunicación⁽²⁻⁴⁾.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue analizar las diferencias entre la prescripción enfermera en Brasil y en Ontario, Canadá. Es importante investigar la práctica de la prescripción enfermera en ambos países, puesto que las discusiones acerca de este tema se producen en todo el mundo. Por lo tanto, se trata de un estudio comparativo, cuyo beneficio es conocer el mismo enfoque de una determinada práctica en diferentes situaciones. También, proporciona valor a los contextos estudiados, crea una base de discusión, reconoce prácticas eficaces, y nos ayuda a pensar críticamente y a entender mejor estas prácticas, puesto que los estudios comparativos traen la globalización de las políticas sociales.

Métodos

Este artículo se presenta como un estudio comparativo de la prescripción enfermera en Brasil y en Ontario, Canadá. La decisión de desarrollar este estudio se debe a la controversia entre los profesionales de salud en ambas realidades, por el interés de la discusión acerca de las leyes sobre esta cuestión en los países seleccionados. Todavía, en Toronto, al momento de la redacción de este artículo (2013), se discutía el Proyecto de Ley 179 acerca de la prescripción enfermera. Como fuentes de estudio, se utilizaron las leyes profesionales de ambos países, así como los documentos de las asociaciones profesionales de enfermería de Brasil y Canadá, además de otros documentos legales. El análisis crítico también se basó en artículos científicos relacionados con el tema estudiado.

Este estudio comparativo asigna valor a las realidades en estudio; la discusión trae el reconocimiento de prácticas efectivas; permite la comprensión y el pensamiento crítico y amplía la globalización de las políticas sociales. En Brasil, todas las enfermeras están calificadas para recetar medicamentos, siempre que estén incluidos en los planes nacionales de salud para algunas enfermedades específicas y crónicas, como diabetes e hipertensión, o enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y la lepra. Sin embargo, en Toronto, Canadá, esta práctica requiere habilidades y formación más específicas para acreditar a las enfermeras a diagnosticar y, por lo tanto, prescribir medicamentos. En los contextos estudiados, el acceso a todo el sistema de salud es a través de la atención primaria y cuenta con el apoyo del gobierno. Las discusiones y comparaciones han seguido los contextos de la política de salud de prescripción enfermera en ambos contextos y los debates divulgados en los medios de comunicación sobre el tema en ambos países.

Además, hay una reflexión sobre las similitudes y diferencias entre las prácticas de prescripción enfermera en Brasil y en Ontario, Canadá; hay expectativas de una práctica cooperativa, colaborativa e integrada a la salud.

Resultados

Prescripción enfermera: En Brasil

La legislación para la profesión de enfermería en Brasil tiene un alcance federal y, por lo tanto, cumple con

las normas establecidas por la Constitución brasileña. Por lo tanto, la Ley para la Práctica de Enfermería Profesional nº 7498, expedida en 25 de junio de 1986, debe ser respetada en todo el territorio nacional por sus miembros profesionales y, dentro de ese diseño, por toda la sociedad que se beneficia de las actividades desarrolladas en esta profesión.

Esta ley regula el ejercicio de la enfermería profesional en Brasil e implícitamente establece la legalidad de las actividades que son específicas para los profesionales de la enfermería. Es una disposición reglamentaria "sobre la prescripción enfermera, como miembros del equipo de salud, cuando previamente establecida en programas de salud pública y en rutina aprobada por una institución de salud" (Consejo Federal de Enfermería en Brasil – Cofen). En el ámbito del Cofen, se establecieron otras regulaciones con el fin de ampliar, proteger y facilitar la interpretación de la ley en relación con la práctica de la prescripción enfermera en Brasil.

Aunque la prescripción enfermera esté establecida en la ley, históricamente la práctica de enfermería ha seguido las reglas de subordinación a los médicos y cirujanos y al poder del Estado. Además, en este contexto, la comprensión por parte de las enfermeras acerca de la prescripción de medicamentos se presenta a veces como una cuestión de conflictiva. Por un lado, hay la definición legal y, por otro lado, hay la dificultad para que las enfermeras adopten una posición con características autónomas.

La consulta, prescripción de medicamentos, solicitud de exámenes en la enfermería vienen emergiendo de las actividades dentro de los programas básicos de salud desde 1986.. La práctica de la prescripción enfermera en Brasil empezó en 1990 con la aplicación de las normas del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, creado por la Constitución Federal Brasileña de 1988. Ha tenido una expansión real y aplicabilidad de esta práctica por el personal de enfermería desde el año 2006 con el desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Brasil, un modelo en el que la familia es objeto de atención dentro del entorno en que vive⁽⁵⁾.

La prescripción enfermera en Brasil sigue el modelo descrito por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) como un grupo de protocolo. Por lo tanto, se refiere a protocolos predeterminados que especifican cuáles fármacos las enfermeras pueden prescribir. En Brasil, estos protocolos están definidos por la Política de Atención Primaria de la Salud, creada por la Ordenanza Nº 648/2006 (que fue derogada y la

Ordenanza Nº 2488/2011 que está en vigor) y/o por protocolos organizados y aprobados en instituciones de salud. En Brasil, la prescripción de medicamentos por profesionales de salud que tienen formación universitaria está cada vez más difundida desde que la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud (PNPIC-SUS) fue establecida en 2006. De conformidad con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, esa política incorpora las prácticas tradicionales y el uso de plantas medicinales en el cuidado de la salud, mejorando el sector privado con las prácticas culturales no profesionales⁽⁶⁾.

En Brasil, las enfermeras tienen la autonomía y la legitimidad no sólo para prescribir medicamentos alopáticos predefinidos, sino también para prescribir (e incluso especificar los aspectos de manejo y uso) plantas medicinales, ya sea frescas o secas, en forma de té para su uso en tratamientos clínicos. Sin embargo, la prescripción de medicamentos herbarios por enfermeras con formación y credenciales extras también sigue las normas establecidas por el Ministerio de Salud y puede realizarse sólo si está de acuerdo con el protocolo terapéutico definido en las Secretarías Municipales de Salud, así como en las clínicas⁽⁷⁾.

Como parte de la atención primaria de la salud, las enfermeras en Brasil realizan consultas de enfermería previamente programadas en todo el sistema de salud y atienden a áreas específicas, tales como salud de la mujer, salud del adulto y anciano, salud de niños y adolescentes y grupos relacionados con enfermedades crónicas específicas, tales como la diabetes, hipertensión y otras. Los clientes de servicios de salud en primer lugar reciben la consulta de enfermería y luego se derivan a un médico cuando sea necesario.

Se recomienda el cuidado de enfermería y se prescriben medicamentos cuando sea necesario, a partir de las consultas de enfermería en las unidades básicas de salud, así como en visitas domiciliarias⁽⁴⁾. Existen tres comportamientos a ser observados para la prescripción enfermera en Brasil. En primer lugar, la medicación prescrita por las enfermeras siempre es precedida por la evaluación y diagnóstico de enfermería. En segundo lugar, los fármacos deben venir de un protocolo nacional aprobado. Y, en tercer lugar, no se permite la distribución de medicamentos. En este escenario, existen otras controversias en cuanto a la distribución de medicamentos, porque no hay medicinas suficientes para atender a todos los sectores de farmacia de las unidades básicas de salud. Así, las

enfermeras o los técnicos de enfermería a menudo realizan la distribución de medicamentos para atender las necesidades de la comunidad. Y, en consecuencia, se hace más difícil para el gobierno implementar el número adecuado de profesionales para realizar los servicios jurídicos y sociales en el área de la salud.

Evaluación, diagnóstico y prescripción en enfermería son reconocidos y aceptados por las personas que reciben tratamiento en la atención básica en Brasil. Sin embargo, fuera de la atención primaria de la salud, la mayoría de las personas no reconoce al profesional de enfermería como un profesional capaz de dar consultas, prescribir medicamentos y solicitar exámenes; en la mente de las personas, esto sigue siendo una práctica estrictamente médica.

Prescripción enfermera: En Ontario, Canadá

En Canadá, hay un programa de seguro universal de salud llamado Medicare, que fue establecido por ley inicialmente en 1957 y revisado en 1966 y 1984. Él tiene un fondo, que es compartido entre el gobierno federal, las provincias y los territorios y se basa en la premisa de que la salud es un bien social. Incluye los principios de la administración pública, la integralidad, la universalidad, la portabilidad y accesibilidad, cuya responsabilidad es compartida, pero asumida en mayor medida por las provincias y territorios en el que él reside. Desde esta perspectiva, hay una cobertura universal de todos los ciudadanos canadienses y residentes permanentes⁽⁸⁾.

En la provincia de Ontario, existe el Plan de Seguro de Salud de Ontario (OHIP), que cubre los costos de los servicios prestados a los residentes de Ontario asegurados en hospitales y centros de salud y profesionales de la salud⁽⁹⁾.

El Medicare con financiación pública cubre la salud pública, atención primaria de la salud y atención de casos agudos en los hospitales. Salud pública se refiere a la política de salud, epidemiología, prevención y exámenes de laboratorio, siguiendo políticas educativas y otras políticas sociales. La atención primaria de la salud incluye los equipos de Actuación en la familia, equipo de atención primaria conducido por enfermeras (profesionales de enfermería), así como asistencia hospitalaria y atención a la comunidad donde la intervención y la atención a enfermedades crónicas se realiza en clínicas.

La ley para la integración del sistema de salud – Ley de Integración de Sistemas de Salud Locales

(LHSIA) – estableció reglas para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo los centros de salud comunitarios, servicios de apoyo a la comunidad, casas y establecimientos de salud mental⁽⁸⁾.

Desde 1947, el sistema de seguro de salud ha evolucionado la salud canadiense al actual modelo de atención, especialmente con la promulgación de la Ley de Salud de Canadá en 1984. . Esta ley fue creada a partir de un informe que identificó las amenazas a la accesibilidad de la atención de salud universal⁽⁹⁾.

En finales de los 90 y principios de 2000, hubo un movimiento dentro del área de la salud y del gobierno canadiense para reorganizar un nuevo modelo de atención de salud para la población. Esto dio lugar a la reforma de la atención de salud pública, en el cual esfuerzos nacionales priorizaban la promoción de la salud, el acceso equitativo a los servicios por parte del usuario, y el trabajo entre los diferentes profesionales de la salud para asegurar la calidad de la atención de la salud⁽⁹⁻¹⁰⁾. Durante ese tiempo, ha aumentado el interés del gobierno canadiense en las actividades de las enfermeras en la atención primaria de la salud. Según los autores, se caracterizó por el creciente papel de las enfermeras en la práctica de atención de salud primaria de Canadá.

Y, así, el papel de los profesionales de enfermería en Ontario surgió, promoviendo el trabajo y ampliando el alcance profesional de las enfermeras en las áreas rurales y remotas de la provincia. Se han establecido programas universitarios para una formación más amplia de enfermeras; sin embargo, esto se alcanzó en 1994. Eran necesarias acciones de salud en el interior, donde había escasez de médicos y cirujanos⁽¹¹⁾.

Las prácticas a realizar por diferentes profesionales de la salud se definen en una estructura de regulación, la Ley 1.991, que abarca las actividades de todos los profesionales de esta área del conocimiento⁽¹²⁾.

La especificidad de cada profesión es conducida, disciplinada y supervisada por consejos profesionales. El Colegio de Enfermería de Ontario (College of Nurses of Ontario – CNO) rige la disciplina y la supervisión de los servicios de enfermería en toda la provincia. La Ley 1991 define las actividades de los profesionales de enfermería y establece la legalidad de la enfermera en su 8ª Leí Controlada, que asegura la prescripción, distribución, venta, composición de medicamentos – según se define en la Reglamentación de Medicamentos y Farmacias –, o supervisión de la parte de una farmacia donde se guardan tales medicamentos.

En Ontario, existen tres categorías dentro de la profesión de Enfermería; es decir, las Enfermeras Generalistas, las Enfermeras Licenciadas y las Enfermeras Prácticas. La diferencia entre estas tres categorías es su formación profesional. Las Enfermeras Generalistas son enfermeras registradas que tienen educación universitaria de cuatro años, además de una maestría, y que pasaron el examen de calificación para recibir el título de Enfermera Generalista. Ellas están habilitadas, por lo tanto, a prescribir medicamentos, dar diagnósticos, admitir y dar de alta a pacientes, y también realizar otras actividades. Las Enfermeras Licenciadas tienen educación universitaria de cuatro años. En el caso de Enfermeras Prácticas, el período de tiempo para su formación es generalmente de dos años. Las Enfermeras Licenciadas y Enfermeras Prácticas no están habilitadas a prescribir medicamentos.

Durante la década de 2000, se intensificaron las discusiones para aclarar y caracterizar el papel de las Enfermeras Generalistas en el sistema de salud canadiense. Los líderes en el área de la enfermería y salud de Canadá financiaron el estudio y evaluación del papel regulador de las Enfermeras Generalistas. El objetivo de este estudio y evaluación fue aumentar el acceso de la gente a la salud, seguridad y otros intereses públicos y dar consistencia y movilidad a la mano de obra con el fin de fortalecer el sistema de salud en Canadá⁽¹³⁾. Por lo tanto, las Enfermeras Generalistas se definen como enfermeras licenciadas con más preparación académica y experiencia, y que tienen y demuestran las competencias necesarias para actuar de forma autónoma en el diagnóstico, requisición e interpretación de exámenes diagnósticos, prescribir medicamentos y realizar procedimientos específicos dentro de su ámbito de práctica legislado⁽¹⁴⁾.

En relación con la prescripción de medicamentos, el Colegio de Enfermería de Ontario (CNO) tiene un papel importante en la supervisión de esta actividad para determinar el patrón de indicaciones (Declaración de Estándar) que regula los requisitos para las enfermeras con respecto a la evaluación, planificación, implementación y evaluación (CNO 2008). En 2003, el Colegio de Enfermería publicó un documento con importantes consideraciones para la inclusión de profesionales de la enfermería como una clase más autónoma en el trabajo hospital y amplia cobertura de atención de la salud, regulación de la prescripción de medicamentos, colaboración interprofesional y aprobación del Proyecto de Ley 179. Esto indica la expansión del alcance profesional de la práctica de los profesionales de enfermería.

La prescripción de medicamentos por Enfermeras Generalistas en Ontario sigue el modelo del prescriptor independiente, autónomo, o sustituto, que es apoyado por el Consejo Internacional de Enfermería – CIE⁽¹⁵⁾. En este modelo, el profesional de la salud que prescribe medicamentos es responsable de todo el proceso de consulta/evaluación del paciente basado en el diagnóstico diferencial e indica el tratamiento y medicamentos correspondientes a través de una prescripción médica.

Ha habido cambios en el sistema de salud de Canadá que favorecieron el desarrollo del trabajo de las enfermeras que trabajan en la atención primaria de la salud ⁽¹²⁾. La prescripción enfermera en Ontario se realiza en todas las áreas de la práctica de enfermería. En los hospitales, un profesional de enfermería tiene – de acuerdo con la distribución de los pacientes o mecanismos de regulación internos de las instituciones de salud – un grupo de pacientes bajo su responsabilidad, y todo el proceso de investigación diagnóstica y tratamiento se define por este profesional.

El proceso de atención al paciente ocurre después de la búsqueda por un servicio de atención primaria de la salud. Después de la consulta, el paciente es remitido a un especialista u hospital según la complejidad y necesidad observadas por el médico de familia o por los profesionales de salud multidisciplinarios. La asistencia prestada por la enfermera se realiza principalmente dentro del equipo principal en hospitales y en la atención de la salud comunitaria en clínicas.

Los límites interprofesionales en el sistema de salud en Ontario se basan en la comunicación interprofesional y colaboración. Así, en Ontario, la práctica de la enfermería se reconoce como una acción complementaria de otro profesional de la salud y no como apoyo práctico⁽¹⁶⁾. El proyecto de ley nº 179/2009 extiende la autonomía de las Enfermeras Generalistas en cuanto a la prescripción de medicamentos, autoridad legal adicional, y admisión y alta de pacientes dentro de áreas específicas de la atención de salud y conocimiento profesional⁽¹⁷⁾.

En Ontario, los usuarios del servicio a menudo tienen dificultad en distinguir entre el trabajo de los médicos y el de profesionales de enfermería, una vez que las actividades realizadas y los poderes y la capacidad de prestar asistencia sanitaria son los mismos en el ámbito profesional. Sin embargo, la formación, los focos de atención y la cobertura son diferentes entre estos profesionales de la salud. A continuación, presentamos un cuadro que destaca las principales diferencias entre los dos países.

	Brasil	Ontario/Canadá
Alcance de la legislación	Legislación Nacional/Federal	Legislación estatal de la provincia de Ontario
Organismo Regulador	Consejo Federal de Enfermería (COFEN)	The College of Nurses of Ontario (CNO)
Autonomía	Autonomía limitada en la prescripción de medicamentos alopáticos, pero autonomía y legalidad en la prescripción de plantas medicinales	Las Enfermeras Generalistas siguen un modelo de prescriptor independiente, autónomo o sustituto apoyado por el International Council of Nurses
Estructura Regulatoria	Los protocolos definen qué tipo de medicación se puede prescribir y en qué situación; este protocolo está definido por la Política de Atención Primaria de la Salud	La estructura regulatoria asegura la prescripción, distribución, venta y composición de medicamentos
Ámbito de acción	Atención Primaria de Salud	Entornos de Atención de la Salud Aguda y Comunitaria

Figura 1 - Comparación de la prescripción de enfermería entre Brasil y Ontario/Canadá

Discusión

La prescripción de enfermería ha crecido significativamente en todo el mundo durante la última década, debido principalmente a los esfuerzos de líderes importantes y a reformas sustanciales de leyes y de políticas que han fomentado y apoyado que las enfermeras asuman papeles de prescripción tanto en ámbitos de atención como en la salud comunitaria. En consecuencia, el papel de la enfermería en la administración de medicamentos pasa actualmente por una gran transformación.

Este estudio comparativo muestra que existe una similitud entre los sistemas de salud de las dos situaciones estudiadas, considerando que las directrices en cuanto al alcance y accesibilidad son comunes en los sistemas de salud de Brasil y de Ontario. Y mientras que proporcionan asistencia integral a la salud, entendida como aquella que se extiende a todos los niveles de atención, también indican las bases para atender a los pacientes. El acceso de la población a servicios de salud de calidad depende en gran medida de políticas públicas claras que son dirigidas y realizadas con esta perspectiva, el compromiso de los trabajadores de salud y su capacidad para disminuir los límites profesionales y la participación efectiva de la sociedad en el desarrollo de la creación de metas a alcanzar en el ámbito de las políticas públicas.

En ambos sistemas de salud mencionados en este trabajo, las autoridades de salud pública están preocupadas por un enfoque en estrategias para aumentar el acceso de la población para atender sus necesidades de salud. En Brasil y en Ontario, la accesibilidad se logra por el alcance que estos sistemas de salud ofrecen, la forma como se distribuye y se proporciona la atención de la salud a las personas, que se produce a través de la atención primaria de la salud en estos dos países.

Así, se puede decir que el acceso se refiere a los servicios de salud y oportunidades disponibles para las

personas. Por lo tanto, esto se relaciona directamente con la cantidad/distribución y competencia/especificidad de los trabajadores que integran la fuerza laboral en salud.

Cómo los servicios de salud están congestionados por exceso de demanda y debido a la distribución actual de los profesionales de la salud en ciertas regiones de los dos países en cuestión, hay tensiones profesional-paciente y profesional-profesional entre alcance y accesibilidad.

A pesar de tener pautas de salud similares, Brasil y Ontario muestran diferencias en la estructura de la profesión y en la formación de enfermeros, en los modelos de prescripción y en las oportunidades para el desarrollo de la actividad de prescripción de medicamentos por enfermeras. Así, estas diferencias influyen en la manera en cómo esta práctica ha sido realizada y entendida en estos contextos.

La estructura de la profesión de enfermería en Brasil considera a la enfermera como un profesional que es responsable de los otros miembros del equipo de enfermería y, en este sentido, alguien que tiene una educación superior generalista. En Ontario, las enfermeras son profesionales que tienen áreas distintas dentro de la misma categoría profesional. Las enfermeras en Ontario tienen una formación más específica, que define el ámbito de su autonomía en la práctica. Por lo tanto, la formación que las enfermeras adquieren establece la autonomía que tienen en sus prácticas de salud y su relación con los pacientes y otros profesionales de la salud. La formación y preparación de las enfermeras influyen en las relaciones interprofesionales y entre enfermeras y pacientes, llevando a diferencias en el modelo de prescripción.

La prescripción independiente enfermera, como es el caso de Ontario, resulta de la formación profesional compleja. Es una práctica fundada y bien definida que se expandió después del Proyecto de Ley 179⁽⁸⁾. Este contexto conduce a una práctica de la salud de la complementariedad con otros profesionales de la salud.

Las prescripciones que siguen los protocolos, como es el caso de Brasil, cumplirán las expectativas de formación existente para las enfermeras en el país. La expansión de los modelos independientes requiere estrategias diferentes de formación para una mejor formación de profesionales de enfermería. Así, en ambos países, la prescripción enfermera es directamente proporcional al alcance de su formación profesional.

Los espacios donde se realiza la actividad de prescripción de medicamentos por las enfermeras son los mismos, es decir, tanto en la atención primaria de la salud como en hospitales. En Brasil, la prescripción enfermera ocurre principalmente en la atención primaria debido al SUS. Sin embargo, existen dificultades para que la prescripción se convierta en práctica común en el contexto hospitalario. La prescripción enfermera se fomenta por la Estrategia de Salud de la Familia dentro del sistema de salud de Brasil, pero la adhesión a esta estrategia no se extiende a las rutinas hospitalarias⁽⁷⁾. Mientras tanto, en Ontario, esta práctica es cada vez más evidente en ambientes de atención primaria y hospitalaria debido a la expansión de las actividades establecidos en el Proyecto de Ley 179 en relación con la prescripción, admisión y alta del paciente por los profesionales de enfermería.

También es importante informar que, aunque esto ocurra sólo incidentalmente, la inclusión de medicamentos herbarios en las prescripciones enfermeras en la atención primaria de salud es un avance en la prescripción de medicamentos entre los profesionales de la salud en Brasil. Esta práctica explora la riqueza de la flora local, promueve la atención humana y salud general. Ella contribuye a la solución de los problemas de salud de los pacientes y aumenta el acceso a prácticas anteriormente restringidas y también para el desarrollo sostenible de las comunidades. Además, fomenta y promueve la participación responsable y social⁽¹⁸⁾. El uso de prescripciones de plantas medicinales y medicamentos herbarios en enfermería indica nuevas áreas de estudio y práctica de los profesionales de la salud y también se acerca a las enfermeras y a los individuos en las decisiones de su tratamiento. La acción educativa resultante de esta actividad también es fundamental, y las enfermeras tienen una relación directa y continua con los usuarios de los servicios de salud⁽¹⁹⁾. Por lo tanto, terapias alopáticas y herbarias en las prescripciones de medicamentos se combinan para proporcionar la integridad en la atención sanitaria.

Desde esta perspectiva, las consideraciones acerca de la prescripción de medicamentos por enfermeras

implican una comprensión clara del motivo por el cual la enfermera está prescribiendo y, dentro de este contexto, de las especificidades de la formación que este profesional recibe, del área de cobertura de su práctica profesional y de la relación de esta actividad con otras profesiones de la salud.

Las enfermeras son profesionales autónomas y, en el contexto de esta autonomía, hay la relativización de esta práctica. La enfermera es miembro de un equipo y, como tal, no trabaja ni decide sola.

En este contexto, cuando se reflexiona sobre la razón de enfermeras prescribir medicación, las personas piensan sobre acceso y solución a los problemas de salud de los usuarios del servicio. Por lo tanto, la enfermera prescribe el medicamento porque está formada en cuanto a competencia profesional y cuestiones legales pertinentes necesarias. Además, también ayuda a solucionar los problemas que ciertas regiones – tanto en Brasil como en Ontario – tienen en relación con la contratación de profesionales de la salud. Dichos problemas pueden impedir el desarrollo de prácticas de salud integradas y continuas. En este contexto, es esencial que los límites interprofesionales estén claramente establecidos a fin de evitar trastornos en la totalidad de la atención sanitaria prestada a individuos y familias. Por lo tanto, la prescripción enfermera promueve el desarrollo y mejora de la comunicación profesional y también la comunicación entre enfermeras y pacientes. La prescripción enfermera también se considera como un recurso para todo el equipo de atención de la salud, ya que reduce y distribuye el exceso de trabajo entre los profesionales de la salud y también amplía el acceso de los enfermos a la salud.

La prescripción enfermera en Brasil y en Ontario requiere planificación constante, apoyo y debate en los organismos reguladores y profesionales con el fin de contribuir al alcance y accesibilidad de los servicios de salud a la población.

La prescripción enfermera es una práctica profesional legal de naturaleza avanzada, que requiere no sólo conocimiento complejo sino también la confianza del profesional en su propia jurisdicción. La visibilidad y la comprensión de la sociedad que otros profesionales de la salud – no sólo los médicos – pueden prescribir, también favorecerán aún más el acceso a la salud y a otros profesionales que pueden resolver los problemas de salud de la gente juntos, para consolidar el compromiso y el foco de su trabajo con la gente.

La controversia sobre la prescripción enfermera es una realidad a ser discutida, dado que la ley por sí

sola no garantiza el profesionalismo y la competencia de las enfermeras para esta práctica. Ya sea por los modelos de protocolo de prescripción o por los modelos independientes, las enfermeras son responsables de la distribución de esfuerzos para garantizar la asistencia adecuada y cualificada – libre de riesgos a personas, familias y comunidades – y también del desarrollo de su práctica mediante la integración de sus acciones con las de otros profesionales de la salud.

Conclusión

El análisis de los distintos aspectos de la prescripción de medicamentos por enfermeras en Brasil y en Ontario trae una oportunidad para aprender sobre las diferentes prácticas sociales con respecto a este tema y, en este contexto, extrapolar los límites territoriales para añadir nuevas formas de realizar la prescripción de medicamentos por enfermeras como un servicio necesario para la salud de las personas, facilitando el acceso y consolidando el alcance. Aunque las enfermeras brasileñas y canadienses tengan diferentes modelos de prescripción, existen todavía muchos retos que superar, tales como: garantía de aptitud profesional, credibilidad, aceptabilidad y respetabilidad de los clientes de su ámbito profesional por otros profesionales de la salud. Estas cuestiones son particularmente superadas por la enfermera profesional con base en su propia autoestima, percibida desde la asunción de su compromiso ético y responsabilidad conjunta de su práctica de atención de la salud.

La congestión de los servicios de salud es común a ambos contextos estudiados en este trabajo y, así, se requieren innovaciones y estrategias para reducir las deficiencias en el área de la salud. Se enfatiza la necesidad de las enfermeras de fundamentar su práctica de prescripción en conocimiento farmacológica sólido, a pesar de la necesidad de mayor formación multidimensional por parte de las enfermeras. A medida que la prescripción independiente se amplía para incluir a enfermeras que trabajan en una variedad de escenarios diferentes, y a medida que otros grupos de enfermeras y profesionales empiecen a prescribir de manera adicional en un futuro próximo, se necesita más investigación para permitir conclusiones más definitivas acerca de la eficacia de esta realidad en expansión.

Agradecimientos

A las Enfermeras Krista Keilty (Enfermera Pediátrica Generalista), Monica Parry (Enfermera

Generalista en Atención Primaria de Salud), Janelice de Azevedo Neves Bastiani (Enfermera en Atención Primaria de Salud) y Teresa Cristina Gaio da Silva (Enfermera de Salud Pública) por su destacada contribución a este trabajo.

Referencias

1. Fairmann J. Making room in the clinic: Nurse practitioner and the evolution of modern health care. 5.ed. New Jersey: Rutgers University; 2008.389 p.
2. Ximenes FRG, Costa FAM, Chagas MIO, Cunha ICK. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):133-40.
3. Lei n. 179 de 29 de setembro de 2009 (CN). Dispõe sobre o Committee Transcripts: Standing Committee on Social Policy and Regulated Health Professions Statute Law Amendment Act [Internet]. Legislative Assembly of Ontario; 2009. [Acesso 26 mar 2012]. Disponível em: http://www.ontla.on.ca/web/committeeproceedings/committee_transcripts_details.do?locale=fr&Date=20090929&ParlCommID=8875&BillID=2189&Business=&documentID=24349.
4. Decreto-lei nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987 (BR). Regulamenta a Lei 7498/86 sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial - República Federativa do Brasil. Brasília (DF); jun 1987. p. 8853-5.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
6. Parecer Técnico COREN/SC Nº 003/CT/2010 (BR). Dispõe sobre a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos [Internet]. Curitiba: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina; 2010. [Acesso 10 mai 2012]. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/documentacao2/CT_Prescricao_de_Plantas_Medicinais_e_Fitoterapicos.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
8. McDougall H. Health Canada. Making Medicare: The History of Health Care in Canada, 1914-2007. Waterloo: Wilfrid Laurier University; 2010.105 p.
9. Hutchison B. A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada. Healthc Pap. 2008;8(2):10-24.

10. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N, et al. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nurs Leadership*. 2010;23(Spec issue):88-113.
11. McPherson KM. *Bedside Matters: the transformation of Canadian nursing, 1900-1990*. Toronto: Oxford University Press;1996.175 p.
12. Ata n. 91/18 de 6 de novembro de 1991 (CN). Regulated Health Professions Act [Internet]. Toronto. Legislative Assembly of Ontario; 1991. [Acesso 31 dez 2012]. Disponível em: http://www.elaws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_91r18_e.htm.
13. Nurse Association of Ontario. *Managing Disruptive Physician Behaviour*. Canada: Ontario Nurses' Association (ONA);2010. http://www.ona.org/documents/File/guides/Guide_ManagingDisruptivePhysicianBehaviour_201006.pdf (accessed April 6, 2012).
14. College of Nurses of Ontario. *Practice Standard: Nurse Practitioner*. Ontario; 2011. 25 p.
15. Oguisso T, Freitas GF. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. abr 2007 [Acesso 2 ago 2014];60(2):141-4.
16. French SE, Emed JD. *Nursing and globalization in the Americas: A critical perspective*. New York: Baywood Publishing; 2009. 274 p.
17. Ata n. 09026 de 15 de dezembro de 2009 (CN). An Act to amend various Acts related to regulated health professions and certain other Acts [Internet]. Ontario: Service of Ontario; 2009. [Acesso 20 jun 2012]. Disponível em: http://www.elaws.gov.on.ca/html/source/statutes/english/2009/elaws_src_s09026_e.htm
18. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
19. Ceolin T, Heck RM, Pereira DB, Martins AR, Coimbra VCC, Silveira DSS. A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. *Enferm Global*. [Internet] 2009. . [Acesso 20 jun 2012];16. Disponível em: