EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde

Regiões de Saúde de Petrolina e Juazeiro - Relatório de Campo

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde - Região de Saúde de Petrolina e Juazeiro

Relatório de Campo

Belo Horizonte

Novembro de 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice-coordenador: Edison José Corrêa

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO
Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

EQUIPE

Ana Cristina van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natalia Cella
Juliana de Oliveira Costa
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar
Tiago Henrique França

INSTITUIÇÃO EXECUTORA:

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/UFMG

Belo Horizonte, novembro de 2016.

Sumário

APRESENTAÇÃO 5
1. Cenário de estudo 6
Petrolina (PE) 7
Cabrobó (PE) 11
Juazeiro (BA) 12
2. Resultados das entrevistas 18
2.1 REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE - PROFISSIONAIS DA APS 18
Caracterização dos estabelecimentos visitados 18
Análise das entrevistas 22
Médicos 22
Enfermeiros 26
Dentistas 32
Fisioterapeutas 36
Farmacêuticos 39
Psicólogo 43
Gestores 44
2.2 Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil - Ortopedistas e Oftalmologistas 49
Perfil dos entrevistados 49
Análise das entrevistas - Oftalmologistas 51
Análise das entrevistas - Ortopedistas 54
Considerações finais 59

APRESENTAÇÃO

Esse relatório contém resultados relativos ao segundo trabalho de campo proposto na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP), e ao primeiro trabalho de campo proposto na pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil”. Ambas estão sendo realizadas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em conjunto com a Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

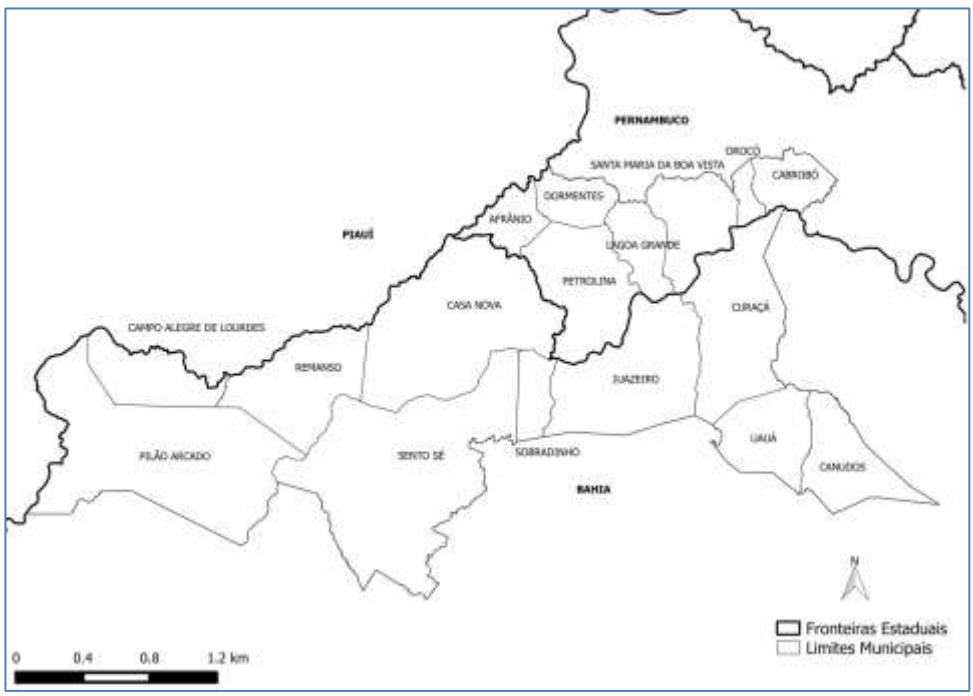
1. Cenário de estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 16 e 20 de Novembro de 2015. O cenário de estudo foi a Rede de Integração de Saúde do Médio São Francisco, conhecida como rede PEBA, que é formada pela macrorregião de saúde de Petrolina, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia. Integram-se à rede 53 municípios, com uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

A pesquisa contemplou as regiões de Petrolina e Juazeiro. A região de Petrolina possui um total de sete munícipios. Além do próprio município de Petrolina, compõem a região os municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista. Já a região de Juazeiro possui um total de 10 municípios. Além de Juazeiro, compõem a região os municípios de Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá.

Os municípios contemplados durante a pesquisa de campo foram as sedes – Petrolina e Juazeiro – além de Cabrobó, onde profissionais da APS foram entrevistados, e Casa Nova, onde se encontrava um especialista em ortopedia (MAPA 1). A seguir será apresentada uma breve descrição dos municípios visitados.

Mapa 1: Municípios das Regiões de Petrolina e Juazeiro



Fonte: EPSM, 2015

Petrolina (PE)

Petrolina é um município brasileiro do interior do estado de Pernambuco na mesorregião do São Francisco Pernambucano, Região Nordeste do país. Possui uma população estimada de 293.962 habitantes (IBGE, 2015) e fica a 712 km da capital estadual, Recife. Está separada de Juazeiro (BA) pelo Rio São Francisco. A ponte Presidente Dutra, que conecta os dois municípios, possui extensão de 800 metros. A principal atividade econômica de Petrolina é o Cultivo de uva (RAIS, 2014).

Em junho de 2015 o município de Petrolina registrava um total de 330 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), equivalente a 74,3% do total de estabelecimentos da região de saúde. Destes estabelecimentos, 34,8% são consultórios isolados, 24,5% clínicas especializadas/ambulatório de especialidades e 13,0% Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde (Tabela 1). A região de saúde de Petrolina mantém distribuição semelhante ao município sede, exceto para a porcentagem de Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde, que soma 22,5% do total de estabelecimentos de saúde.

Ao analisarmos a distribuição dos vínculos de especialistas, verificamos que mais da metade dos vínculos de oftalmologistas está localizada em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (52,2%), seguido pelas cooperativas (23,2%) e consultórios isolados (15,9%). Os ortopedistas, além de um número de vínculo significativo em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (38,2%), possui grande parte dos vínculos em hospitais gerais (29,4%), seguido por cooperativas (20,6%) (Tabela 1).

Neste mesmo ano o CNES registrava, no município de Petrolina, um total de 1477 vínculos de médicos para um total de 646 indivíduos, representando uma razão de 2,3 vínculos por médicos. Com relação as demais profissões a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é menor, variando de 1,1 para enfermeiros, nutricionistas e psicólogos a 1,5 para os cirurgiões-dentistas (Tabela 2). O número de vínculos destes profissionais, em Petrolina, corresponde a pouco menos de 90% do total da região de saúde e, portanto, dados semelhantes foram encontrados para a região.

Tabela 1: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Petrolina, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%	Oftalmologistas		Ortopedistas	
			Vínculo	%	Vínculo	%
Posto de Saúde	0	0,0	0	0	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	43	13	0	0	0	0
Policlínica	13	3,9	1	1,4	5	7,4
Hospital Geral	6	1,8	2	2,9	20	29,4
Hospital Especializado	2	0,6	0	0	4	5,9
Unidade Mista	0	0,0	0	0	0	0
Consultório Isolado	115	34,8	11	15,9	4	5,9
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	81	24,5	36	52,2	21	30,9
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	30	9,1	0	0	0	0
Unidade Móvel Terrestre	1	0,3	0	0	0	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	7	2,1	0	0	0	0
Farmácia	2	0,6	0	0	0	0
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,6	0	0	0	0
Cooperativa	3	0,9	16	23,2	14	20,6
Hospital-dia (isolado)	2	0,6	3	4,3	0	0
Secretaria de Saúde	2	0,6	0	0	0	0
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	1	0,3	0	0	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	3	0,9	0	0	0	0
Centro de Apoio à Saúde da Família	8	2,4	0	0	0	0
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0,0	0	0	0	0
Polo Academia da Saude	1	0,3	0	0	0	0
Telessaude	1	0,3	0	0	0	0
Central da regulação medica das urgencias	1	0,3	0	0	0	0
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1	0,3	0	0	0	0
Laboratório de Saúde Pública	1	0,3	0	0	0	0
Central de regulação	3	0,9	0	0	0	0
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,3	0	0	0	0
Total	**330**	**100**	**69**	**100**	**68**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Tabela 2: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Petrolina, 2015

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	1477	646	2,3
Cirurgiões-dentistas	197	129	1,5
Enfermeiros	425	375	1,1
Farmacêuticos	66	50	1,3
Fisioterapeutas	91	71	1,3
Nutricionistas	40	36	1,1
Psicólogos	83	75	1,1
Oftalmologistas	69	31	2,2
Ortopedistas/traumatologistas	68	32	2,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Para as especialidades médicas estudadas na região, todos os oftalmologistas e ortopedistas estão concentrados no município de Petrolina. As duas especialidades possuem dados semelhantes: oftalmologia possui 69 vínculos e 31 indivíduos e a ortopedia 68 vínculos e 32 indivíduos. Portanto, tem-se uma média de mais de dois vínculos por indivíduo para as duas especialidades estudadas (Tabela 2).

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas na Atenção Primária em Saúde, 13,9% dos vínculos são RPA, 11,9% são estatutários e 11,6% são proprietários. Entre os cirurgiões-dentistas, 23,4% são estatutários, 17,8% são RPA e 17,3% proprietários (Tabela 3). Com relação aos enfermeiros existe uma maior concentração de vínculos celetistas (37,2%) e contrato por prazo determinado (23,8%). Já para as demais profissões, o contrato por prazo determinado presenta o número de vínculos, respectivamente 37,9% dos farmacêuticos, 30,8% dos fisioterapeutas e 36,1% dos psicólogos (Tabela 3).

Tabela 3: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTITAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICO.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	41	2,8	0	0,0	6	1,4	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Cargo Comissionado	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	131	8,9	1	0,5	158	37,2	16	24,2	15	16,5	6	7,2
Contrato por prazo determinado	138	9,3	20	10,2	101	23,8	25	37,9	28	30,8	30	36,1
Contrato verbal/informal	11	0,7	2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,4
Emprego Público	46	3,1	1	0,5	52	12,2	1	1,5	13	14,3	1	1,2
Estatutário	168	11,4	46	23,4	94	22,1	11	16,7	6	6,6	5	6,0
Intermediado por OS	42	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intermediado por entidade filantrópica	7	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intermediado por empresa privada	71	4,8	18	9,1	0	0,0	2	3,0	3	3,3	8	9,6
Intermediado por cooperativa	1	0,1	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
Proprietário	172	11,6	34	17,3	2	0,5	0	0,0	15	16,5	16	19,3
Residente	47	3,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RPA	205	13,9	35	17,8	6	1,4	2	3,0	6	6,6	3	3,6
Sem tipo	397	26,9	40	20,3	4	0,9	9	13,6	4	4,4	7	8,4
Total	1477	100,0	197	100,0	425	100,0	66	100,0	91	100,0	83	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Em relação à vinculação dos especialistas, a maior parte dos oftalmologistas e dos ortopedistas é autônoma, sendo 29,0 e 30,9%, respectivamente. Entre os oftalmologistas, além dos autônomos, destacam-se os também os cooperados,

representando 17,4% dos vínculos. Com relação aos ortopedistas destacam-se também os proprietários (26,5 %) e os cooperados (19,1%). (Tabela 4).

Tabela 4: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015.

TIPO DE VÍNCULO	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
	N	%	N	%
Estatutário	1	1,4	9	13,2
Vínculo empregatício (Sem tipo)	14	20,3	1	1,5
Contrato por prazo determinado	6	8,7	4	5,9
Contrato verbal e informa	0	0,0	1	1,5
Cooperativa	12	17,4	13	19,1
Proprietário	8	11,6	18	26,5
Autônomo/RPA	20	29,0	21	30,9
Intermediado por empresa privada	5	7,2	1	1,5
Intermediado por OS	3	4,3	0	0,0
TOTAL	**69**	**100**	**68**	**100**

Fonte: CNES-BRASIL - JUNHO DE 2015

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, correspondendo a 71,0% dos vínculos de oftalmologistas e 58,8% dos vínculos de ortopedistas (Tabela 5).

Tabela 5: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Petrolina, 2015.

NATUREZA JURÍDICA	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	4	5,8	4	5,9
Administração Indireta - Fundação Pública	0	0	10	14,7
Empresa Privada	49	71,0	40	58,8
Fundação Privada	0	0	0	0
Cooperativa	16	23,2	14	20,6
Serviço Social Autônomo	0	0	0	0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	0	0	0	0
Total	**69**	**100**	**68**	**100**

Fonte: CNES-BRASIL - JUNHO DE 2015

Cabrobó (PE)

Cabrobó é um município brasileiro do interior do estado de Pernambuco, localizado no sertão do São Francisco. Possui uma população estimada de 33.247 habitantes (IBGE, 2015) e fica situado a 182 km de Petrolina e 531 km da capital, Recife.

Em junho de 2015 Cabrobó registrava um total 28 estabelecimentos de saúde no CNES, sendo 42,9% destes unidades básicas de saúde e 21,4% consultórios isolados (Tabela 6).

Tabela 6: Estabelecimentos de saúde de Cabrobó, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%
Posto de Saúde	1	3,6
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	11	39,3
Policlínica	1	3,6
Hospital Geral	1	3,6
Consultório Isolado	6	21,4
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	1	3,6
Secretaria de Saúde	1	3,6
Centro de Atenção Psicossocial	1	3,6
Centro de Apoio à Saúde da Família	1	3,6
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	10,7
Polo Academia da Saude	1	3,6
Total	**28**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Com relação ao número de vínculos de número de indivíduos das profissões estudadas, observa-se uma razão quase que equivalente para todas as profissões (Tabela 7). Não existem oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas no município.

Tabela 7: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Cabrobó, 2015.

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	30	26	1,2
Cirurgiões-dentistas	16	12	1,3
Enfermeiros	25	25	1,0
Farmacêuticos	6	5	1,2
Fisioterapeutas	5	5	1,0
Nutricionistas	2	2	1,0
Psicólogos	4	4	1,0
Oftalmologistas	0	0	N/A
Ortopedistas e traumatologistas	0	0	N/A

N/A: Não se aplica.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Ao analisarmos a quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cabrobó, observamos que para todas as profissões, o contrato por prazo determinado agrega o maior número de vínculos (Tabela 8).

Tabela 8: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cabrobó, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTISTAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICÓ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Contrato por prazo determinado	19	63,3	14	87,5	14	56,0	6	100,0	2	40,0	3	75,0
Emprego Público	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estatutário	2	6,7	2	12,5	11	44,0	0	0,0	2	40,0	1	25,0
Intermediado por empresa privada	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Proprietário	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Sem tipo	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	30	100	16	100	25	100	6	100	5	100	4	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Juazeiro (BA)

Juazeiro é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado na região sub-média da bacia do Rio São Francisco. É o segundo maior município da região de PEBA. Possui uma população estimada de 218.324 habitantes (IBGE, 2015) e fica situado a 529 km da capital estadual, Salvador.

Em junho de 2015, o município de Juazeiro possuía 187 estabelecimentos de saúde, o equivalente a 56,2% do total de estabelecimentos da região de saúde. Segundo dados do CNES, 30,5% destes estabelecimentos eram consultórios isolados, 25,7% centro de saúde/unidade básica de saúde e 22,5% clínica especializada/ambulatório de especialidades (Tabela 9). A realidade da região de saúde difere da sede, predominando posto de saúde/centro de saúde/unidade básica de saúde (37,2%), seguido de consultório isolado (18,9%) e clínica especializada/ambulatório de especialidades (13,8%).

Ao analisarmos a distribuição de vínculos de especialistas, no município sede, verificamos que mais de 90% dos vínculos de oftalmologista estão distribuídos em Hospitais Dia (45,5%) e Clínica especializada/Ambulatório de especialidade (45,5%). Já com relação aos vínculos dos ortopedistas, a maioria está em Hospital Especializado (67,6%), seguido por Clínica especializada/Ambulatório de especialidade (21,6%) (Tabela 9).

Tabela 9: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Juazeiro, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
			N	%	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	48	25,7	0	0	0	0
Policlínica	1	0,5	0	0	1	2,7
Hospital Geral	3	1,6	0	0	3	8,1
Hospital Especializado	3	1,6	0	0	25	67,6
Consultório Isolado	57	30,5	1	4,5	0	0
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	39	20,9	10	45,5	8	21,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	17	9,1	1	4,5	0	0
Unidade Móvel Terrestre	1	0,5	0	0	0	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	8	4,3	0	0	0	0
Centro de Parto Normal - Isolado	1	0,5	0	0	0	0
Hospital-dia (isolado)	2	1,1	10	45,5	0	0
Central de regulação de serviços de saúde	1	0,5	0	0	0	0
Secretaria de Saúde	2	1,1	0	0	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	2	1,1	0	0	0	0
Pronto Atendimento	1	0,5	0	0	0	0
Central da regulação medica das urgências	1	0,5	0	0	0	0
Total	**187**	**100**	**22**	**100**	**37**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Com relação a quantidade de vínculos e indivíduos das profissões estudadas, na atenção primária em saúde, em junho de 2015 Juazeiro possuía um total de 641 vínculos de médicos para 387 indivíduos, gerando uma razão de 1,7 vínculos/médicos. Com exceção dos psicólogos, que possui o mesmo número de vínculos e indivíduos, para as demais profissões a razão vínculo/individuo era um pouco menor do que a dos médicos, variando de 1,1 para enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas a 1,3 para os cirurgiões-dentistas (Tabela 10).

Assim como a totalidade dos médicos registrados no CNES, a região de Juazeiro possui um número de especialistas menor do que a região de Petrolina, 23 oftalmologistas e 39 ortopedistas. A sede da região de saúde de Juazeiro detém quase a totalidade de vínculos destes especialistas. Tanto os oftalmologistas quanto os ortopedistas concentram-se, em sua grande maioria, na cidade de Juazeiro, respectivamente 20 e 26 indivíduos. O outro oftalmologista localiza-se em Remanso e os outros dois ortopedistas em Casa Nova e Remanso (CNES, 2015). Observa-se também que a razão de vínculos

por indivíduos é inferior a de Petrolina, representando 1,4 vinculo por ortopedista e quase proporcional, 1,1 vínculo por oftalmologista (Tabela 10).

Tabela 10: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Juazeiro, 2015.

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	641	387	1,7
Cirurgiões-dentistas	129	98	1,3
Enfermeiros	246	225	1,1
Farmacêuticos	35	29	1,2
Fisioterapeutas	65	52	1,3
Nutricionistas	17	15	1,1
Psicólogos	18	18	1,0
Oftalmologistas	22	20	1,1
Ortopedistas/traumatologistas	37	26	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Ao analisarmos o tipo de vínculo, observamos para todas as profissões estudadas uma maior concentração de vínculos de contrato por prazo determinado. Entre os cirurgiões dentistas, destacamos também os vínculo estatutário (27,1%) e entre os enfermeiros o emprego publico (21,5%) (Tabela 11).

Tabela 11: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTISTAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICÓ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	6	0,9	0	0	4	1,6	0	0	0	0	0	0,0
Cargo Comissionado	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Celetista	86	13,4	0	0	36	14,6	4	11,4	14	21,5	1	5,6
Contrato por prazo determinado	378	59,0	37	28,7	108	43,9	11	31,4	34	52,3	9	50,0
Contrato verbal/informal	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Emprego Público	45	7,0	12	9,3	53	21,5	6	17,1	4	6,15	4	22,2
Estatutário	23	3,6	35	27,1	41	16,7	7	20	2	3,08	4	22,2
Intermediado por OS	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por entidade filantrópica	27	4,2	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por empresa privada	0	0,0	17	13,2	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por cooperativa	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Proprietário	1	0,2	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Residente	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
RPA	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Sem tipo	75	11,7	28	21,7	4	1,6	7	20	11	16,9	0	0,0
Total	641	100,0	129	100	246	100,0	35	100	65	100	18	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Com relação ao tipo de vínculo dos especialistas na região de Juazeiro, a maior parte dos oftalmologistas possui "vínculo empregatício sem descrição" (40,9%), seguido de "contrato por prazo determinado" (31,8%) e "autônomo sem descrição" (27,3%). Já para os ortopedistas, há predominância de "contrato por prazo determinado" (91,9%) (Tabela 12).

Tabela 12: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	VIN	%	VIN	%
Estatutário	0	0	0	0
Empregado público	0	0	1	2,7
Celetista	0	0	0	0
Contrato por prazo determinado	7	31,8	34	91,9
Cooperado	0	0	0	0
Bolsista	0	0	0	0
Residente	0	0	0	0
Vínculo empregatício sem descrição	9	40,9	1	2,7
Autônomo sem descrição	6	27,3	1	2,7
Total	**22**	**100**	**37**	**100**

Fonte: CNES-BRASIL - JUNHO DE 2015

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, equivalente a 81,8% dos oftalmologistas e 75,7% dos ortopedistas (Tabela 13). Uma vez que a concentração dos especialistas está no município sede, os dados para a região de saúde de Juazeiro apresenta resultados semelhantes.

Tabela 13: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Juazeiro, 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	VIN	%	VIN	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	0	0	1	2,7
Administração Indireta - Organização Social Pública	0	0	0	0
Empresa Privada	18	81,8	28	75,7
Fundação Privada	4	18,2	0	0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	0	0	8	21,6
Total	**22**	**100**	**37**	**100**

Fonte: CNES-BRASIL - JUNHO DE 2015

Programa Saúde sem Fronteiras

Durante a realização do campo ocorreu um mutirão de atendimento oftalmológico em Juazeiro, parte do Programa "Saúde sem Fronteiras", criado em 2009 pelo governo estadual da Bahia com o objetivo fornecer acesso à saúde ocular para idosos acima de 60 anos (Figura 1).

Figura 1: Estrutura do programa "Saúde sem Fronteiras" realizado em Juazeiro/BA. Estrutura geral (A), Entrada cirurgias eletivas (B) e Agendamento (C).



Este Programa já realizou mais de 165 mil cirurgias de catarata e mais de 300 mil consultas oftalmológicas em idosos. Além disso, também atende à demanda do Programa "Todos Pela Alfabetização" (programa de alfabetização de jovens, adultos e idosos).

O Programa Saúde sem Fronteiras é pactuado por meio da Comissão Intergestora Regional (CIR) onde os gestores se comprometem a encaminhar os pacientes e estabelecem um número de consultas a serem realizadas por município. No caso de Juazeiro, pactuou-se que cada um dos 10 municípios da região tem direito a 53 consultas e o município executor do Programa – escolhido de acordo com a sua

capacidade de receber a estrutura durante 7 dias – tem direito a 320 de consultas. Os municípios demandantes são responsáveis por garantir que os pacientes tenham condição de passar o dia no município-executor, fornecendo-lhes transporte, alimentação e acompanhamento de um enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O número de cirurgias é consequência dos diagnósticos das consultas oftalmológicas: se for diagnosticada a catarata, tem-se a resolutividade no mesmo momento. Se for diagnosticado glaucoma ou outra patologia do aparelho ocular, o paciente é encaminhado para a secretaria municipal de saúde, onde se dá o direcionamento adequado. A capacidade instalada atualmente é de 5.000 consultas e 1.500 cirurgias de catarata por mutirão.

O mutirão conta ainda com o Odontomóvel, a unidade móvel do rastreamento do câncer de mama e a unidade móvel de doação de sangue da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA). O programa "Saúde sem Fronteiras" conta com um investimento anual de até R$ 40 milhões, segundo a Secretaria de Saúde do estado da Bahia (Sesba).[1]

[1] Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9977:saude-sem-fronteiras-estara-em-juazeiro-de-18-a-24&catid=13:noticias&Itemid=25. Acesso em: 16 de dezembro de 2015.

2. Resultados das entrevistas

2.1 REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE - PROFISSIONAIS DA APS

Ao total foram visitadas oito unidades de saúde, nas quais foram realizadas 27 entrevistas com profissionais de saúde, conforme a tabela 14. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 14 – Relação de entrevistados durante do Campo PEBA, novembro de 2015.

Entrevistados	N
Médicos	6
Enfermeiros	5
Dentistas	6
Gestor UBS	5
Farmacêuticos	2
Fisioterapeutas	2
Psicólogos	1
Total	27

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Caracterização dos estabelecimentos visitados

Na cidade de Petrolina foram visitadas três UBS, das quais duas integram o recente modelo de unidades de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME) (Figura 2). As AMEs são provenientes de projeto de reestruturação da Atenção Básica idealizado em 2009, com a previsão de construção de 20 unidades. Neste projeto há, ainda, a previsão de construção de AME Policlínica e AME Servidor, específica para ações na atenção ao trabalhador[2].

Ambas as AME visitadas eram localizadas mais ao centro da cidade. Cada AME conta com profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e

[2] http://www.petrolina.pe.gov.br/petrolina2015/programas.php

agentes comunitários e sistema de prontuário eletrônico. Nelas foram entrevistados dois médicos, três dentistas, um farmacêutico, um enfermeiro e dois gestores.

A estrutura física da AME é equipada com consultórios, salas de procedimentos, de marcação de exames, esterilização, curativos, pequenas cirurgias, vacinação, acolhimento, farmácia, brinquedoteca, escovódromo, almoxarifado e recepção com capacidade para acomodar 100 pessoas.

Figura 2: AME visitada em Petrolina.



A figura 3 refere-se à uma Unidade Básica de Saúde visitada em Petrolina, sua localização está mais retirada do centro urbano. No momento da visita não havia muitos pacientes. Neste local foram entrevistados o gestor, um médico, um enfermeiro e uma fisioterapeuta, profissional do NASF que estava atendendo nesta unidade no momento da visita. A equipe do NASF não estava completa, e os profissionais fazem rodízio de atendimento nas outras unidades próximas da localidade do bairro, ou seja, a mesma equipe do NASF está vinculada a mais de uma Unidade Básica de Saúde. A estrutura do local, tanto da unidade como do bairro é precária.

Percebeu-se durante o campo que as unidades básicas de saúde de Petrolina eram melhores em termo de estrutura física do que as unidades visitas em Cabrobó e Juazeiro, descritas a seguir.

Figura 3 – Unidade Básica de Saúde de Petrolina.



Em Cabrobó foram visitadas duas UBS, ambas situadas no centro da cidade. Uma era nova, recém-construída, em que atuavam duas equipes de PSF, uma completa com uma médica cubana do PMM e a outra equipe estava sem médico na ocasião. Nesta unidade foram entrevistadas a médica, a dentista e a enfermeira, que também atuava como gestora da unidade. A segunda unidade visitada possuía uma estrutura pequena e limitada, com apenas uma equipe. Nesta unidade foram entrevistadas a médica, também era cubana e do PMM, e a dentista.

Ainda em Cabrobó, foi visitado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que atuava em sede própria, próximo à Secretaria Municipal de Saúde, com entrevistas com o psicólogo e fisioterapeuta.

Na cidade de Juazeiro foram visitadas três UBS, uma das quais uma estava situada na zona rural em povoado situado cerca de 75 km do centro do município. Esta unidade tinha horário de atendimento reduzido, apenas pela manhã e os profissionais de saúde que atuavam na unidade se deslocavam diariamente para lá por meio de carro da prefeitura que saía de Juazeiro, a saber: a dentista, a médica e a enfermeira. A unidade, apesar de possuir uma estrutura pequena e precária, possuía uma equipe bastante unida e proativa (Figura 4).

Figura 4 – (a) Unidade Básica de Saúde na zona rural de Juazeiro (b) recepção da unidade zona rural de Juazeiro (c) Região entorno da unidade zona rural de Juazeiro.



Sobre as unidades urbanas visitadas em Juazeiro, uma (Figura 5) é localizada em um bairro precário, com ruas não asfaltadas e esgoto não encanado. Atende a uma população carente e no período da manhã, momento em que a visitamos, havia um número considerável de pacientes para serem atendidos.

Esta unidade recebia residentes da Universidade Federal do Vale do São Francisco, do programa de residência em Saúde da Família. Neste local foram entrevistados o gestor, um médico, uma enfermeira e uma farmacêutica, dos quais tanto a enfermeira quanto a farmacêutica eram residentes deste programa. Segundo a farmacêutica, no primeiro ano todos os residentes são alocados em alguma UBS, e são duas vagas para cada um dos profissionais: farmacêuticos, dentistas, enfermeiros e psicólogos. Na UBS visitada não havia dentista pelo programa, mas duas psicólogas. A partir da observação no local e das entrevistas realizadas foi possível perceber que, embora a residência forneça os profissionais para as UBS, não há padronização nas atividades desempenhadas e nem fixação do profissional à unidade, comprometendo a continuidade do cuidado.

Figura 5 – Unidade Básica de Saúde urbana de Juazeiro.



Análise das entrevistas

Médicos

Entre os seis médicos entrevistados durante o campo, a metade era do sexo feminino e com até 30 anos de idade. Quatro eram brasileiros e dois, cubanos. Dois apresentavam naturalidade de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista, um do próprio município e um de outro estado. Apenas um não residia no município pesquisado. Com relação à graduação dois graduaram no mesmo município pesquisado, sendo que um desses era também natural do mesmo município.

O tempo de atuação na APS variou de três meses a cinco anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de uma semana a dois anos. Três médicos eram bolsistas, os dois estrangeiros, do 'Programa Mais Médicos', e um do PROVAB; dois possuíam vínculo estatutário e um tinha contrato temporário com a administração pública. Três declararam ter títulos de especialistas, um em Medicina da Família, um em Medicina Geral e Integral e um em Medicina Geral e Integral e Ginecologia. Dois dos entrevistados declararam possuir outro trabalho, um na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e o outro como supervisor do 'Programa Mais Médicos' (Tabela 15).

Tabela 15: Perfil dos médicos entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

MÉDICOS						
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Recife - PE	Petrolina - PE	Senhor do Bonfim - BA	Paulo Afonso - BA	Ciego de Avila - Cuba	Havana - Cuba
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	32	28	27	29	49	46
Ano de conclusão da graduação	2009	2013	2014	2015	1989	1993
Município/UF de graduação	Recife - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Camaguey - Cuba	Havana - Cuba
Tempo de atuação na APS	5 anos	2 anos	8 meses	3 meses	-	-
Tempo de atuação na UBS	9 meses	2 anos	8 meses	1 semana	2 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40*	40*	40*
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Bolsista (PROVAB)	Bolsista (PMM)	Bolsista (PMM)
Possuí título de especialista	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não

*Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista com 49 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e caso não realizassem, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do médico em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Pelos menos cinco ou seis dos médicos entrevistados indicaram realizar na UBS onde atuam os seguintes procedimentos e atividades:

- Crioterapia ou terapia química para a verruga genital;
- Drenagem de paroníquia (infecção ungueal);
- Remoção de cerume;
- Remoção de corpo estranho do ouvido;
- Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades;
- Tratamento de feridas superficiais;
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal);
- Pré-natal de baixo risco;
- Solicitar exame de sangue oculto nas fezes;
- Tratamento de lombalgias (dor lombar);
- Tratamento de infecção urinária recorrente;
- Tratamento de rinopatias alérgicas;
- Tratamento de sinusite recorrente;
- Tratamento de otite recorrente;
- Tratamento de asma;
- Tratamento de anemia;
- Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica;
- Tratamento de micoses superficiais;
- Tratamento de dermatites.

Apenas um dos médicos entrevistados, integrante do programa Mais Médicos e com formação em Cuba indicou que realiza na UBS procedimentos como:

- Remoção de lesões na pele;
- Crioterápica de lesões na pele;
- Raspagem para determinação de fungo;
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Acupuntura.

Os resultados indicam também que os médicos sabem executar mais procedimentos do que realizam na prática, nas UBS. Dos 49 procedimentos listados, 75% (n=38) foram indicados por pelo menos um dos profissionais como 'não realizo, mas sei fazer'. Entre esses a realização de eletrocardiograma foi indicada pelos seis entrevistados; ‘remoção de cistos, lipomas e nevos’ foi indicado por cinco dos entrevistados; e ‘remoção de

lesões na pele', 'punção venosa', 'injeção subcutânea', 'imobilização de fraturas', 'parto normal de baixo risco', 'parto normal de alto risco' e 'inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica' foram indicados por quatro dos entrevistados.

Com relação aos procedimentos que os médicos não realizam e não sabem realizar, 28% (n=14) foram indicados por pelos menos um dos entrevistados:

- Remoção de lesões na pele;
- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele;
- Raspagem para determinação de fungo;
- Remoção de calo doloso;
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva;
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal);
- Imobilização de fraturas;
- Pré-natal de alto risco;
- Parto normal de baixo risco;
- Parto normal de alto risco;
- Teste de Papanicolau;
- Acupuntura;
- Queixas de diminuição da acuidade visual (erros de refração, glaucoma, retinopatias e catarata);
- Queixas de olho vermelho.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos médicos foi alto. Procedimentos como 'remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores', 'punção venosa', 'crioterapia de lesões na pele' e 'parto normal de alto risco', foram citados por pelos menos um dos entrevistados como atividades com baixo nível de confiança em desempenhá-las. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os médicos sabem fazer, porém não os realizam nas UBS, a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada' foi relatado pelos seis entrevistados. Outros motivos como 'não consta nos protocolos e guias clínicos do município', 'a política da UBS não permite a realização destes procedimentos', 'sobrecarga de trabalho' e 'é realizado por outro profissional de saúde da UBS' foram identificadas, cada, por um entrevistado.

Com relação à percepção dos médicos sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas os entrevistados estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, os principais citados incluíram a

realização de pequenas cirurgias, suturas, imobilização e solicitação de exames (ex. ecocardiograma e endoscopia digestiva alta):

> "[...] aqui no município, para você pedir um ecocardiograma, tem que ser um cardiologista. E eu costumo dizer que eu tenho critérios, eu sei por que pedir, eu sei avaliar. Eu entendo que é um jeito de se limitar [...] porque tem muita gente que pede sem critério. A mesma coisa [acontece] com a endoscopia [...] eu não posso pedir diretamente. Como eu sou muito abusado, às vezes eu brigo e consigo" (Médico 1)

Foram mencionados, ainda, os procedimentos: remoção de corpo estranho, remoção de molusco contagioso, tratamento de dermatites, drenagem de abscesso, acupuntura, tratar queimaduras, inserção de DIU e solicitação de medicamentos de alto custo.

Uma médica estrangeira relatou que atendeu um paciente com molusco contagioso simples – em área bem delimitada – cuja remoção poderia ser realizada em poucos minutos, na própria unidade básica, mas outros profissionais informaram que o município não autorizava a realização daquele procedimento em UBS, devendo o caso ser encaminhado ao dermatologista. O mesmo paciente retornou, após três meses, sem ter conseguido vaga para esta especialidade, e com o quadro agravado – o molusco contagioso havia disseminado por várias partes do corpo.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, dois avaliaram como bom, um avaliou como nem ruim e nem bom, um como ruim e dois como muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: poucas vagas, protocolos restritos, muita demanda e tempo alto de espera. Um dos médicos ainda indicou dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades, como ortopedia e neurologia. Outro indicou dificuldade em relação à atividade especifica, como agendar mamografia. Um dos médicos afirmou que o processo de regulação deveria ser vinculado a programas como o telessaúde, a fim de otimizar os encaminhamentos da atenção primária:

> "Aquele mecanismo de telessaúde [...] é importante que a gente atrele a regulação a isso. Há pesquisas que mostram que a gente pode diminuir pela metade o número dos encaminhamentos. Se a gente tem um processo que o médico encaminha pro telessaúde e o telessaúde dá uma resposta, que pode ser tanto no sentido de "tente fazer isso, tente fazer aquilo", ou então fornecer uma senha pra que esse encaminhamento aconteça. [...] eu já tentei propor isso ao município. Começaria, por exemplo, com 10% das vagas de encaminhamentos [fornecidas] dentro do telessaúde. Seria uma forma de priorizar aquele profissional que tem o cuidado e a preocupação". (Médico 1)

As médicas entrevistados no município de Cabrobó ainda apontaram a falta de acesso a exames no município, fazendo com o que o paciente seja encaminhado duas vezes para Petrolina, uma para fazer o exame e depois novamente para a consulta.

Sobre as tarefas clínicas que os médicos gostariam de gastar menos tempo, as respostas variaram entre renovação de medicamentos, demanda espontânea e serviços burocráticos. Um dos entrevistados que respondeu '*Atendimento de demanda espontânea'* relata:

> "[...] tem coisas que daria pra ser dividida com outros profissionais da enfermagem. A gente não faz não é nem por falta de disponibilidade destes profissionais, é porque a gente nunca sentou pra dividir isso. É uma questão de organização mesmo". (Médico 3)

Outra entrevistada afirmou que gostaria de gastar menos tempo renovando "*refeição*" – utiliza este termo fazendo alusão aos medicamentos: - "*Eles trocam comida por remédio, principalmente psicofármacos*". Ela relatou realizar o processo de desmame de alguns pacientes, mas disse ser muito difícil, uma vez que a população está dependente deles.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, cinco dos respondentes consideraram estar sobrecarregados porque a demanda é alta, um indicou ainda que está sobrecarregado também por realizar trabalho de outros profissionais e um afirmou não estar sobrecarregado no trabalho.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todos os médicos afirmaram que realizam consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde. Cinco relataram realizar consulta/discussão de caso com outros médicos, bem como a participação de atividades educativas ou programas de educação permanente e consulta a protocolos clínicos, livros e artigos. Três entrevistados afirmaram utilizar o telessaúde.

Enfermeiros

Os cinco enfermeiros entrevistados durante o campo eram do sexo feminino e possuíam entre 27 e 39 anos. Todas eram brasileiras, sendo duas naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista e três de municípios localizados em outro estado. Todas residem no município em que trabalham. Com relação à graduação,

apenas uma entrevistada graduou no mesmo município pesquisado. Todas as outras graduaram em estados diferentes daquele pesquisado.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 9 meses a 10 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 meses a 4 anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo duas estatutárias, duas contratadas temporariamente pela administração pública e uma bolsista de residência. Apenas uma entrevistada declarou trabalhar em outro local, não relacionado à saúde – possui loja própria. Quatro declararam ter títulos de especialistas: uma em Enfermagem do Trabalho; uma em Saúde Pública, Saúde da Família e Educação em Saúde; uma em Gestão em Saúde, mestre em Ciências da Saúde e ainda está cursando a residência em Saúde da Família; e uma em Obstetrícia (Tabela 16).

Tabela 16: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

ENFERMEIROS					
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Crato - CE	Campo Alegre de Lourdes - BA	Campo Formoso - BA	Senhor do Bonfim - BA	Orois - CE
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	39	28	28	27	29
Ano de conclusão da graduação	2006	2010	2012	2011	2012
Município/UF de graduação	João Pessoa - PB	João Pessoa - PB	Juazeiro - BA	Petrolina - PE	Juazeiro do Norte - CE
Tempo de atuação na APS	10 anos	05 anos	09 meses	03 anos	02 anos
Tempo de atuação na UBS	04 anos	01 ano	9 meses	02 meses	02 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Contrato temporário	Bolsista	Estatutário	Contrato temporário
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Possui outro trabalho	Não	Não	Não	Não	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista com 34 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados pudessem indicar se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as enfermeiras, de modo geral, realizam o que sabem fazer, na prática. Entre os procedimentos apresentados, o equivalente a 79,4% (n=27) é realizado por pelo menos uma enfermeira na atenção primária.

Todas as entrevistadas afirmaram realizar as seguintes atividades:

- Prescrição de medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Encaminhamento de usuários a outros serviços;
- Solicitação de exames laboratoriais;
- Interpretação exames laboratoriais;
- Realização de exame de "Papanicolau";
- Interpretação de exame de "Papanicolau";
- Prescrição tratamento para vulvovaginite;
- Realização de pré-natal de baixo risco;
- Realização de consulta de puericultura.

Quatro entrevistados afirmaram, ainda, desempenhar os seguintes procedimentos:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Comunicar diagnóstico aos pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas;
- Interpretar exames de imagem;
- Realizar pré-natal de alto risco;
- Realizar curativos;
- Inserir sonda vesical de alívio.

As seguintes atividades não são realizadas por quaisquer das entrevistadas:

- Realizar sutura;
- Drenagem de abscesso;
- Parto normal;
- Parto normal emergencial;
- Realizar teste tuberculínico;
- Realizar eletrocardiograma;
- Anestesia local

"Prescrever medicamentos controlados", "interpretar teste tuberculínico", "inserir sonda nasogástrica" e "inserir sonda nasoentérica" foram citados por apenas uma profissional. Duas afirmaram "prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas" e "realizar imobilizações". Os demais foram citados por três enfermeiras:

- Renovar a prescrição médica;
- Solicitar exames de imagem;
- Retirar pontos;
- Prescrever curativos;
- Aplicar vacinas;
- Inserir sonda vesical de demora.

Entre os procedimentos que as enfermeiras afirmaram não realizar, mas saber fazer, todas citaram o 'parto normal'. A realização do teste tuberculínico e a inserção de sonda nasogástrica foram citadas por quatro profissionais.

Entre os procedimentos que as enfermeiras relataram não realizar e não saber realizar, 41,2% (n=14) foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo a "anestesia local" citado por todas as profissionais, seguido de "realizar sutura", citado por quatro profissionais, "prescrever medicamentos controlados" e "realizar eletrocardiograma", citados por três profissionais.

A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação. Quanto ao nível de confiança em desempenhar os procedimentos, a maioria afirmou ser alta. "Solicitar exames de imagem", "realizar parto normal", "realizar parto normal emergencial" e "realizar eletrocardiograma" foram citados por pelo menos uma das entrevistadas como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-los.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que as enfermeiras sabem fazer, porém não realizam nas UBS, a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada' foi relatado por quatro entrevistadas. 'Não existe demanda para a realização destes procedimentos' foi citado por três profissionais. Outros motivos como 'não consta nos protocolos e guias clínicos do município', 'a política da UBS não permite a realização destes procedimentos', 'existência de medidas restritivas do conselho de classe' e 'sobrecarga de trabalho' foram identificadas por uma entrevistada.

Duas entrevistadas afirmaram que não realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde. Já as outras três admitiram que o fazem, citando atividades como entrega de medicamentos (com ou sem receituário) e triagem:

> "[...] às vezes a gente fica na recepção, às vezes a gente marca consulta, às vezes vou pra farmácia entregar medicamentos. Quando falta técnico a gente faz triagem [...]."(Enfermeira 2)

> "Às vezes falta um médico [...] é uma gestante que tá com infeção de urina. Aí tá precisando só da Cefalexina. A gente entrega e, quando o médico vem, faz a receitinha." (Enfermeira 5)

> "Aqui, na verdade, a gente tem que dar uma de médico, de técnico, de psicólogo, de tudo [...]. Às vezes, quando a técnica não tá aí a gente tem que ficar na triagem, fazendo aferição de pressão do pessoal, do peso, avaliação antropométrica sou eu que faço. Se ela tá muito sobrecarregada o teste do pezinho sou eu que faço, triagem pré-

> natal sou eu que faço. Às vezes é alguma medicação, quando ela tá muito ocupada e eu estou menos, digamos assim [...]. Alguns medicamentos a gente não receita mas, por exemplo, um paciente com dor de cabeça ou uma criança com febre, quando o médico tá muito cheio, você acaba dando um Paracetamol, uma Dipirona. Então os casos mais simples, quando o médico tá cheio, a gente mesmo resolve. Agora, se o paciente continuar com os mesmos sintomas, a gente pede pra voltar". (Enfermeira 4)

Com relação à percepção das enfermeiras sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, duas afirmaram não estar dispostas a realizar nenhum procedimento médico: - "Se é dele, é dele". As outras três citaram a prescrição de medicamentos – uma citou sintomáticos, uma não especificou e outra afirmou que prescreveria todos os medicamentos da farmácia básica, exceto antibióticos. Uma das entrevistadas mostrou-se resistente, a princípio, mas depois cedeu e afirmou também estar disposta a prescrever medicamento:

> "Tem coisas que um acaba fazendo pelo outro, mas tem coisas que o próprio nome já diz: são privativas. Então eu acho que é papel dele. Da mesma forma tem funções que são privativas do enfermeiro. Então cabe ao enfermeiro fazer. Eu acho que, se é privativo dele, ele que tem que fazer. [...] se fosse autorizado pelo conselho, se eu tivesse experiência e confiança naquilo que eu tivesse fazendo, com certeza eu poderia estar fazendo [mais atividades clínicas], até pra poder desopilar um pouco o médico e ajudar também as pessoas. A medicação, por exemplo [...]. Tem coisas que você sabe que o paciente tá sentindo, você conhece toda a farmacologia daquele medicamento [...] aí poderia estar fazendo, adiantaria muita coisa. Um paciente com vômitos, por exemplo, ou com dor de estômago, você não poderia estar fazendo um Buscopam® ou um Plasil®?" (Enfermeira 4)

A renovação de receitas e a prescrição de sondas de alívio também foram citadas por uma das entrevistadas.

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma avaliou como boa, uma avaliou como nem ruim e nem boa, duas como ruim e uma com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: pequena quantidade de vagas e alta demanda. Uma enfermeira afirma que a disponibilidade varia de acordo com a especialidade para a qual se encaminha:

> "[...] é complicado. A rede materno-infantil, por exemplo, é muito boa. Já a rede de saúde mental, é péssima. Então tem como a gente avaliar por rede? A rede de urgência e emergência também é complicada [...] às vezes a gente encaminha pra UPA, a UPA encaminha de volta". (Enfermeira 3)

Outra citou ainda que os protocolos municipais dificultam o encaminhamento – "uma endoscopia, por exemplo, poderia ser solicitada pelo médico da UBS, mas o paciente precisa passar pelo gastroenterologista, porque só ele pode pedir".

Sobre com quais tarefas clínicas as enfermeiras gostariam de gastar menos tempo, quatro afirmaram que o tempo não poderia ser reduzido com nenhuma tarefa clínica, sendo que uma acredita, ainda, que mais tempo deveria ser despendido com diabéticos e hipertensos. Apenas uma entrevistada acredita que poderia ser gasto menos tempo com a demanda espontânea. Uma afirma que se gasta muito tempo com serviços burocráticos:

> "O que demora muito é preencher papel. Ainda mais gestante, principalmente primeira consulta. E tem papel que é muito repetitivo. Poderiam diminuir e deixar tudo em uma folhinha só". (Enfermeira 3)

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, uma afirmou estar sobrecarregada, porque trabalha além da carga horária; duas responderam que estão sobrecarregadas, porque fazem o trabalho de outros profissionais; quatro consideraram-se sobrecarregadas porque a demanda é alta; e apenas uma afirmou não estar sobrecarregada.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todas as enfermeiras afirmaram que realizam consulta/discussão de caso tanto com outros enfermeiros quanto com outros profissionais de saúde, bem como consultam protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro entrevistadas afirmaram participar de atividades educativas ou programas de educação permanente, três, utilizar o telessaúde e uma citou, ainda, terapia de integração da equipe, realizada por uma psicóloga na própria unidade.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do enfermeiro para o técnico de enfermagem. Neste caso todas as entrevistadas afirmaram que os técnicos não poderiam renovar prescrição médica, prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica, interpretar exames laboratoriais, solicitar e interpretar exames de imagem, realizar pré-natal de baixo risco e consulta de puericultura. A solicitação de exames laboratoriais, realização e interpretação de Papanicolau foram citados por quatro enfermeiras como 'Não poderia ser realizada por técnicos'. As únicas atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram a retirada de pontos e a realização de curativos – que já estão autorizadas legalmente para estes profissionais. Ainda assim houve divergência de respostas quando questionadas sob qual supervisão autorizariam (direta, indireta ou sem supervisão). O

acolhimento de casos agudos e a realização de imobilizações foram vetados por apenas uma entrevistada.

Dentistas

Foram entrevistados seis dentistas durante o campo, todas do sexo feminino. A idade variou de 23 e 54 anos, sendo que a maior parte (n=4) tinha entre 30 e 35 anos. Todas eram brasileiras, sendo três naturais do mesmo município onde foi realizada a pesquisa, duas naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista e uma de município localizado em outro estado. Apenas duas não residem no município pesquisado, sendo uma em mesmo estado e uma em estado diferente. Com relação à graduação, nenhuma entrevistada graduou no mesmo município pesquisado. Metade das entrevistadas graduou em estados diferentes do pesquisado (Tabela 17).

Tabela 17: Perfil dos dentistas entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

DENTISTAS						
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Recife - PE	Canarana - BA	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Santa Maria da Boa Vista - PE	Cabrobó - PE
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Cabrobó - PE	Petrolina - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	54	34	33	30	31	23
Ano de conclusão da graduação	1983	2005	2007	2009	2008	2013
Município/UF de graduação	Recife - PE	Parnaíba - PI	Recife – PE	Feira de Santana - BA	Maceió - AL	Caruaru - PE
Tempo de atuação na APS	11 anos	09 anos	09 anos	07 anos	07 anos	01 ano
Tempo de atuação na UBS	02 anos	02 anos	8 meses	2 anos	03 anos	01 ano
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Contrato temporário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Contrato temporário
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Possui outro trabalho	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de um a 11 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de oito meses a três anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo que metade possuía vínculo como estatutária e a outra metade era contratada temporariamente pela administração pública. Cinco dentistas declararam trabalhar em outro local, sendo três em consultório particular, uma em clínicas fora do município pesquisado e uma como perito de plano de saúde. Cinco

declararam ter títulos de especialistas: uma em Saúde da Família; uma em Endodontia; uma em Saúde da Família e Odontopediatria; uma em Saúde Pública; e uma em Saúde da Família, Prótese e Educação em Saúde.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 29 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em UBS, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do dentista em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as dentistas, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática. Entre os procedimentos apresentados 69% (n=20) são realizados por pelo menos uma dentista na atenção primária. São realizados por pelo menos um dentista 'Coroa (prótese fixa e unitária)', 'Extração de dente incluso', 'Radiografia', 'Cirurgia periodontal' e 'moldagem'.

Os seguintes procedimentos são realizados por todos os profissionais entrevistados:

- Anestesia;
- Restauração direta;
- Selante oclusal;
- Raspagem supragengival;
- Restauração atraumática;
- Pulpotomias;
- Atendimento de urgências;
- Aplicação tópica de flúor;
- Extração de dente decíduo;
- Extração de dente permanente;
- Sutura.

Já os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Clareamento;
- Próteses removíveis;
- Implante dentário;
- Biópsia;
- Tratamento ortodôntico corretivo;
- Cirurgia periapical;
- Endodontia unirradicular ;
- Endodontia de molares;
- Ortodontia preventiva.

Entre os procedimentos que as dentistas não realizam, mas sabem fazer, todas citaram o ‘clareamento’. Além disso, cinco profissionais citaram ‘moldagem’ e ‘radiografia’. Quatro entrevistadas citaram ‘prótese removível’ e ‘endodontia unirradicular’.

Entre os procedimentos que os dentistas não realizam e não sabem realizar 37,9% (n=11), foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo ‘implante dentário’ e ‘tratamento ortodôntico corretivo’ os procedimentos com maior número de respostas, citados por cinco profissionais. ‘Cirurgia periapical’ foi citada por quatro profissionais. Metade das dentistas não sabia realizar ‘biópsia’, ‘endodontia de molares’ e ‘ortodontia preventiva’.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelas dentistas foi alto. ‘Implante dentário’, ‘biópsia’ e ‘moldagem’ foram os únicos procedimentos indicados por uma das entrevistadas como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-los. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

O principal motivo para não realização de procedimentos que as dentistas sabem fazer, porém não realizam nas UBS, é a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, relatada por todas as entrevistadas. ‘A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos’ foi citado por metade das profissionais. Duas afirmaram não realizar porque ‘Não consta nos protocolos e guias do município’. Uma relatou preferir não realizar ‘por motivos pessoais’. Foram citados ainda ‘Não ter conhecimento e destreza manual’, ‘um especialista que faz’ e ‘falta de motivação salarial’.

Com relação à percepção das dentistas sobre quais atividades e procedimentos, atualmente desempenhados por dentistas especialistas, elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, metade das entrevistadas afirmou que poderiam realizar moldagem. Duas citaram endodontia – sendo que apenas uma especificou que deveria ser somente unirradicular – pulpotomia e prótese total. Radiografia, cirurgia de terceiro molar, raspagem subgengival e drenagem de abscesso foram citadas por uma dentista. Todas as entrevistadas concordam que essas atividades requereriam material específico e infraestrutura, como afirma uma delas:

> "A parte de prótese total, se tivesse material de moldagem e laboratório de prótese [...]. Pulpotomia: eu faço, mas não é toda unidade que faz, porque eu trago a lima pra fazer. Tem a medicação [extra-canal], mas não tem o instrumental. Então, se eu pedir a medicação, vem. Mas não é só prescrever a medicação, tem que ter o instrumental".

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma dentista avaliou como boa, uma avaliou como nem ruim e nem boa, duas avaliaram como ruim e duas com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: pequena quantidade de vagas, alta demanda e inexistência de centro de especialidades no município, dificultando o encaminhamento. Uma afirmou que a dificuldade é *"[...] principalmente para a endodontia. Para a cirurgia e periodontia é um pouco melhor*". Outra disse que consegue encaminhamento, "[...] *mas o problema é a demora. Tem casos que demoram um ano*".

Uma dentista de Cabrobó afirmou que os casos em que há necessidade de especialista são encaminhados para o serviço particular. Alguns, raros, como câncer, são referenciados para o CEO de Petrolina. "*Até porque, em Petrolina, nem os [dentistas] de lá conseguem encaminhar para lá mesmo. Então, ou a gente resolve no particular ou, dependendo, não vai resolver*" (Dentista 6).

Sobre com quais tarefas clínicas as dentistas gostariam de gastar menos tempo, duas afirmam que não desejariam reduzir o tempo com nenhum procedimento, sendo que uma disse que:

> "É só a estrutura que não facilita. A gente está fazendo uma restauração, o dente fratura, não tem como radiografar. Aí tem que ir no olho, abrindo, sangrando. Não tem sugador, aí tem que ser na gaze. Aí acaba a gaze! Era melhor ter um CEO que atendesse a todo mundo, do que ter 8 PSF fazendo meio boca" (Dentista 6)

Uma afirmou que se gasta muito tempo com papéis e a informatização ajudaria a otimizar o tempo. Uma entrevistada relatou acreditar que deveria se gastar menos tempo com o trabalho clínico e mais tempo com prevenção. Outra corroborou com essa ideia e afirmou que, se houvesse prevenção, "[...] *evitaria o uso de material e de tempo*". Afirmou, ainda, que gostaria de gastar menos tempo com restaurações. Uma disse, por fim, que gostaria de gastar menos tempo com odontopediatria.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, cinco afirmaram estar sobrecarregadas, porque a demanda é alta, sendo que uma afirmou que também faz o

trabalho de outros profissionais. Uma afirmou não estar sobrecarregada e poderia executar mais tarefas clínicas.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todas as dentistas afirmaram que participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Cinco relataram realizar consulta/discussão de caso com outros dentistas e consulta a protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro afirmaram a realização de consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde. Duas afirmaram utilizar o recurso de telessaúde.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do dentista para o técnico de saúde bucal. Uma das entrevistadas preferiu não responder, uma vez que nunca trabalhou com técnico. As atividades que os entrevistados concordaram que podem ser delegados aos técnicos incluem 'Radiografia', 'Aplicação tópica de flúor' e 'Moldagem'. Entretanto, os seguintes procedimentos não poderiam ser realizados por técnicos:

- Anestesia;
- Preparo cavitário;
- Biópsia;
- Coroa (prótese fixa unitária);
- Raspagem subgengival;
- Pulpotomias;
- Atendimento de urgências;
- Esvaziamento de canal (pulpar);
- Endodontia unirradicular;
- Endodontia de molares;
- Extração de dente decíduo;
- Extração de dente permanente;
- Diagnóstico pulpar;
- Ortodontia preventiva.

Fisioterapeutas

Apenas duas fisioterapeutas foram entrevistadas em campo, ambas do sexo feminino. Uma possuía 24 anos de idade e a outra, 38. As duas residiam no município em que foi realizada a pesquisa, sendo que uma delas é natural da mesma cidade; a outra é natural de outro estado. Com relação à graduação, nenhuma graduou no mesmo município em que nasceu ou no município pesquisado.

O tempo de atuação na APS foi de oito e 11 meses e o tempo de atuação no estabelecimento visitado de dois e 11 meses. Ambas possuem contrato temporário com a administração pública, sendo que uma realiza 30 horas de trabalho semanal e a outra, 40 horas. Nenhuma delas declarou trabalhar em outro local.

Foi disponibilizada para as profissionais uma lista de 30 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados na atenção primária para que as entrevistadas indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional desempenhar esses procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as fisioterapeutas estão executando o que sabem fazer, de modo geral, na prática. Entre os procedimentos apresentados 33,3% (n=10) não foram indicados por nenhuma das profissionais como sendo realizados no NASF/UBS. Desses procedimentos apenas ‘reeducar o assoalho pélvico’ e ‘acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses’ foram relatados por ambas as profissionais como ‘não faço, mas sei fazer’; ‘tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças’ e ‘orientar usuários que apresentam DPOC ao manejo dos sintomas’ foram citados por uma entrevistada.

Os seguintes procedimentos são realizados por ambas as profissionais, nas UBS:

- Tratar paciente com dor lombar;
- Tratar pacientes com dor crônica;
- Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e trato-ortopédicas;
- Realizar práticas de cinesioterapia;
- Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER);
- Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil;
- Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional;
- Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil;
- Orientar quanto à prevenção de doenças osteomioarticulares relacionadas ao trabalho (DORT);
- Realizar referência e contrarreferência de pacientes.

Os entrevistados não relataram realizar quaisquer das atividades abaixo:

- Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças;
- Realizar acupuntura;
- Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia);
- Reeducar o assoalho pélvico;
- Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses;
- Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto;

- Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do “estirão do crescimento”;
- Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório;
- Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas;
- Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto ao manejo dos sintomas.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelas fisioterapeutas foi alto e a principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

O principal motivo identificado nas entrevistas para a não realização de procedimentos que as fisioterapeutas sabem fazer, porém não realizam nas UBS, foi a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, citado por ambas as profissionais. Uma delas afirma ainda que existem outros programas no município, que não diz respeito ao NASF, que realizam alguns dos procedimentos.

As entrevistadas afirmaram que não realizam atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde. Com relação à percepção das fisioterapeutas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, uma entrevistada não respondeu; a outra afirma que faria diagnóstico e solicitaria exames autorizados pelo seu conselho profissional. No entanto, as clínicas ainda não reconhecem seu carimbo para autorizar os procedimentos:

> “Já foi liberado da gente prescrever exames – raios-X, ultrassom e outros mais – mas as clínicas não aceitam. Já recusaram um pedido meu de fazer raio-X. Então você tem que ir ao médico para fazer. [...] Já é liberado, porém eles não têm esse conhecimento.” (Fisioterapeuta 1)

A mesma profissional conta que, após esta situação, não ordenou mais exames:

> “Já me chegou um paciente com diagnóstico de disfunção patelar. Eu achei estranhos os sinais e sintomas da paciente e pedi pra ela retornar ao médico pra pedir um exame: era lesão de menisco. Completamente diferente o tratamento de um e de outro. [...] Eu poderia solicitar o exame, mas como eu já tive um pedido recusado, eu pedi que ela voltasse ao médico” (Fisioterapeuta 1)

Uma das profissionais acredita que dores articulares, lombalgia, cervicalgia e tendinopatias poderiam ser conduzidas por fisioterapeutas, sem que houvesse avaliação prévia de um médico. Essa mesma entrevistada afirma que a tensão muscular, a lombociatalgia e a cervicalgia poderiam ser atendidas por profissionais dessa categoria, tendo apenas a avaliação de um generalista, sem que houvesse necessidade do paciente

ser atendido por um ortopedista. A outra entrevistada conta que costuma não realizar atendimento sem que haja um diagnóstico do médico clínico geral: "*[...] é uma forma de eu me prevenir de um possível problema*". Ambas acreditam que fisioterapeutas poderiam indicar órtese, sem avaliação prévia de um ortopedista. Uma delas afirma, inclusive, que já indicou.

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma declara ser boa e a outra preferiu não comentar, pois não existe especialista no município em que trabalha.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, uma não se considera sobrecarregada no trabalho. Já a outra afirmou estar sobrecarregada porque a demanda é alta e também por realizar trabalho de outros profissionais – ainda que tenha negado a realização do trabalho de outros profissionais, em resposta anterior.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, nenhuma opção foi assinalada pelas entrevistadas. O recurso telessaúde não é utilizado por nenhuma delas. Uma profissional citou Opinião/discussão de caso com outros fisioterapeutas, com outros profissionais de saúde, consulta a protocolos clínicos, livros e artigos, bem como participação em atividades educativas ou programas de educação permanente.

Farmacêuticos

No campo foram entrevistados dois farmacêuticos, um do sexo masculino e uma do sexo feminino. Um possuía 29 e o outro, 33 anos de idade. Ambos residiam no município em que foi realizada a pesquisa, sendo que um deles é natural da mesma cidade; o outro é natural de município do mesmo estado. Com relação à graduação, nenhum graduou no mesmo município em que nasceu ou no município pesquisado.

O tempo de atuação na APS foi de oito meses para um e de seis anos para outro. Um possuía contrato temporário com a administração pública, sendo a carga horária semanal de 30 horas. O outro, bolsista da residência em Saúde da Família da UNIVASF, possuía carga horária de 40 horas semanais. Um dos entrevistados declarou trabalhar em drogaria do mesmo município.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista contendo 47 procedimentos clínicos e não clínicos da atenção primária, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais atividades nos estabelecimentos visitados e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional ao desempenhar esses procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que os farmacêuticos estão executando o que sabem fazer, de modo geral, na prática, pois a maioria dos procedimentos não realizados foi indicada como 'não sei fazer' pelos entrevistados. Foi observada divergência entre as atividades desempenhadas pelos profissionais, sendo que 34% (n=16) dos procedimentos eram realizados por ambos os profissionais e 36% (n=17) não eram realizados por nenhum deles no NASF/UBS.

O profissional que era bolsista de programa de residência relatou desempenhar atividades voltadas para a clínica e assistência, como atenção farmacêutica, visita domiciliar e busca ativa de pacientes descompensados. Isso se deve ao fato de que no município em que atua a dispensação de medicamentos foi centralizada em duas localidades, e na UBS em que a entrevista ocorreu não há disponibilidade de medicamentos básicos, apenas medicamentos para tratamento de hanseníase, tuberculose e alguns anticoncepcionais: "*Aqui em Juazeiro tem uma peculiaridade: as farmácias não são localizadas na UBS, eles centralizaram em duas unidades, que é a Farmácia da Família [...] Mas são em bairros muito distantes (Flaviano e Alagadiço), e fica muito ruim pra ter o acesso*". O mesmo já não ocorre em Petrolina, local de atuação do outro profissional.

Os seguintes procedimentos são realizados por ambos os profissionais:

- Distribuir medicamentos;
- Dispensar medicamentos alopáticos;
- Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica;
- Consulta farmacêutica;
- Acompanhamento farmacoterapêutico;
- Realizar visitas domiciliares;
- Aferir glicemia capilar;
- Aferir pressão arterial;
- Aferir temperatura;
- Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo;
- Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde;
- Participar de grupos de promoção à saúde;
- Realizar acolhimento;
- Controlar a validade de medicamentos da UBS;
- Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos;

- Realizar interconsultas.

Os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde;
- Qualificar fornecedores;
- Notificar à ANVISA queixas técnicas;
- Dispensar medicamentos homeopáticos;
- Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica a pacientes sem diagnosticados por médico;
- Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica a pacientes com diagnosticados por médico;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Solicitar exames de imagem;
- Interpretar exames de imagem;
- Executar procedimentos de inalação e nebulização;
- Realizar punção venosa;
- Realizar punção arterial;
- Perfurar lóbulo auricular;
- Realizar curativo de pequeno porte;
- Realizar acupuntura;
- Montagem de processo administrativo de alto custo;
- Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação.

Desses, apenas ‘assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde’ e ‘notificar à ANVISA queixas técnicas’ foram relatados por ambos os profissionais como ‘não realizo, mas sei fazer’.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos farmacêuticos foi alto (n=39) e médio (n=33). Nenhum entrevistado afirmou ter baixa confiança em desempenhar alguma atividade. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Os motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os farmacêuticos sabem fazer, porém não realizam nas UBS, foram: 'falta de materiais e infraestrutura inadequada', ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’, a ‘política da unidade de saúde não permite a realização destes procedimentos’, ‘existência de medidas restritivas do conselho de classe’ e a ‘sobrecarga de trabalho’. Todos foram assinalados por um entrevistado.

Apenas um dos entrevistados afirmou realizar atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde, como fazer escuta ativa – tarefa principalmente do psicólogo – triagem e orientação aos pacientes, bem como administra medicamentos – tarefas do técnico de enfermagem.

Com relação às quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, os dois farmacêuticos citaram a prescrição de medicamentos, principalmente de uso contínuo. Um deles afirma que "[...] *existem muitos erros de receitas e, na maioria das vezes, os pacientes já chegam com o medicamento para o médico prescrever*".

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um declarou ser boa, mas afirmou que, na maioria das vezes, não existe referência e contrarreferência e que há demora na marcação, tanto para exames, quanto para consultas. O outro afirmou ser ruim, justificando que as demandas nem sempre são atendidas, e que há interrupção do tratamento e falta orientação para o paciente.

Os farmacêuticos afirmaram não querer gastar menos tempo com nenhuma tarefa clínica. Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, nenhum entrevistado declarou estar sobrecarregado, sendo que um afirmou poder executar mais tarefas clínicas.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ambos responderam que discutem casos com outros profissionais de saúde e participam de atividades educativas ou programas de educação permanente.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do farmacêutico para os técnicos em farmácia. Da lista de 24 procedimentos, apenas 'elaborar lista de medicamentos' e 'montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo' foram citadas por ambos os profissionais como 'Não poderia ser realizada por técnicos'. As atividades 'assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde', 'notificar à ANVISA queixas técnicas', 'distribuir medicamentos' e 'administrar medicamentos injetáveis' foram vetadas por um dos entrevistados, independente da supervisão.

O equivalente a 75% (n=18) dos procedimentos seria autorizado pelos dois profissionais de nível superior para serem executados pelos seus técnicos, divergindo apenas quanto ao tipo de supervisão em que estariam condicionados

Psicólogo

Durante o campo foi realizada apenas uma entrevista com psicólogo. Esta teve como objetivo principal avaliar o questionário de escopo de prática para essa categoria profissional e propor mudanças, a fim de aperfeiçoar as perguntas e melhorar seu entendimento.

A psicóloga entrevistada tinha 26 anos de idade, é natural do mesmo município onde foi realizada a entrevista, graduada no mesmo estado e especialista em Saúde Mental. Atuava há três anos na atenção primária e no NASF do município em que foi realizada a entrevista. Possuía vínculo de estatutária com carga horária de 40 horas semanais e não possuía outro trabalho.

Entre as 31 atividades e procedimentos disponibilizados no questionário de psicólogos, a mesma indicou realizar 77% (n=24) na unidade em que atua. Entre os procedimentos que sabe fazer, mas não os realiza no NASF, encontraram-se atividades como:

- Atendimento à população em situação de rua
- Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência
- Atuação junto aos conselhos tutelares
- Supervisão de outros profissionais

O principal motivo apontando para a não realização destes procedimentos foi a sobrecarga de trabalho.

A entrevistada indicou como procedimentos/atividades que não realiza e que também não sabe realizar a:

- Prescrição de medicamentos psicotrópicos
- Prescrição de medicamentos homeopáticos
- Prescrição de medicamentos fitoterápicos
- Orientar indivíduo quanto ao uso adequado de psicofármacos.

Entre as atividades que realizava na unidade, a entrevistada indicou alto nível de confiança em desempenhá-los, com exceção de 'consulta compartilhada com outros profissionais de saúde', 'diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde mental', 'construção de projeto terapêutico singular' e 'construção de projeto de saúde para a comunidade', na qual indicou nível de confiança médio. As principais formas de

aprendizado dos procedimentos que realiza no NASF foram a graduação e cursos de aperfeiçoamento.

A entrevistada afirmou que não realiza atividades de outros membros da equipe na unidade em que atua e não considera que poderia realizar alguma atividade privativa do médico da atenção primária. Avaliou como boa a disponibilidade de encaminhamento dos pacientes para serviços especializados.

Sobre sua atual condição de trabalho, considerou-se sobrecarregada porque a demanda é alta e gostaria de gastar menos tempo com "preenchimento de papelada". No seu trabalho, relatou a utilização de recursos como: discussão de casos com outros profissionais de saúde, consulta a protocolos clínicos, livros e artigos e participação em atividades educativas e/ou programas de educação permanente.

Gestores

Foram entrevistados cinco gestores de UBS, todas do sexo feminino, com idade entre 25 e 52 anos. Quatro tinham como formação a enfermagem e uma, a administração. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de oito meses a dois anos e, como gestoras da UBS, de seis meses a dois anos (Tabela 18).

Tabela 18: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

GESTORES					
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	52	27	25	34	29
Tempo de atuação na APS	1 ano	1 ano	2 anos	8 meses	2 anos
Tempo de atuação na UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Formação	Administração	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem

*o nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Uma série de afirmativas sobre a ampliação das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária foram apresentadas às entrevistadas para que avaliassem a intensidade em que concordavam ou discordavam de cada afirmativa. A seguir serão apresentados os resultados de cada afirmativa. As opções de resposta nesta seção foram

agrupadas em concordo (concordo e concordo totalmente) e discordo (discordo e discordo totalmente).

Quatro das entrevistadas concordaram que **'**a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas'**.** De acordo com uma delas "*os profissionais já são capazes de fazer várias coisas*" (Gestor 1). Já para gestora que discordou, a eficiência da atenção primária não depende do profissional, mas sim das condições de trabalho (Gestor 4). Todas as gestoras concordaram de que 'para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação especifica'**.**

Ao serem questionadas se 'algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS', três concordaram, citando como exemplos procedimentos da dermatologia, endocrinologia e ortopedia (Gestor 4), colocação de DIU, realização de eletrocardiograma (Gestor 5) e urgências básicas como queimaduras leves (Gestor 3). Já entre as duas que discordaram, uma alegou a falta de infraestrutura para realização de serviços especializados na UBS *"não adianta aplicar as atividades se não tem estrutura suficiente"* (Gestor 1), e a outra porque "*tira o foco do médico clínico da atenção básica*" (Gestor 2).

Ao serem questionadas se 'a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas', novamente três concordaram e duas discordaram. Entre as gestoras que discordaram dessa afirmativa, uma explica que isso "*iria sobrecarregar demais os clínicos, pois a demanda para atenção básica já é muito alta*" (Gestor 4), a segunda seguiu a mesma linha, afirmando que o médico "*já não dá conta da clinica médica na UBS, se ampliar para especialidades é que não dá conta mesmo*" (Gestor 2).

Quatro das entrevistadas concordaram que 'algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados'. Já a única gestora que discordou, afirmou que "*cada um tem que ficar no seu quadradinho, cada um faz as suas funções, as suas obrigações*" (Gestor 2). Uma das que concordou, fez a ressalva de que para isso teria também que aumentar o número de enfermeiras, pois aumentaria muito o serviço (Gestor 4). Se "a expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos", novamente quatro concordaram e uma discordou, com a alegação de que

também não existem enfermeiros suficientes e que cada um já tem sua função (Gestor 4). Já uma das que concordou, citou como exemplo a renovação de receita, no entanto com a ressalva de que seria complicado, pois o enfermeiro não é valorizado:

> "[...] você retirar muita coisa que é para o médico fazer, mesmo que o enfermeiro já faça muita coisa (...), com média de salário de R$2.000 para 40 horas, é muito complicado. A gente acaba ficando muito desestimulado no decorrer do tempo. Principalmente para quem já está a mais tempo na atenção básica, 5 ou 6 anos, não vê reconhecimento nenhum" (Gestor 3)

Também foi perguntado às entrevistadas se 'algumas atividades executadas por dentistas em centros de especialidades odontológicas, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária'. Três concordaram com esta afirmativa, citando como exemplos a realização de canal, a colocação de aparelho e a extração, e uma não concordou e nem discordou, "*o dentista é bem separado da equipe, eu não sei nem direito o que ele faz*" (Gestor 2).

Com relação à delegação de tarefas, se 'é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos', quatro gestoras concordaram e uma discordou. Já se 'a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos deve respeitar os limites estabelecidos por Lei', as cinco entrevistadas concordaram.

As cinco gestoras concordaram que 'cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica'. Sobre se 'os conselhos profissionais devem ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde', três concordaram, uma nem concordou e nem discordou e uma discordou, justificando que "*eles não estão nem aí para nós, eles não conhecem a realidade da gente aqui, então eu não acho que eles deveriam definir*" (Gestor 5). Já se 'o Ministério da Saúde deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde', uma concordou, duas nem concordaram e nem discordaram e duas discordaram, justificando que quem "*vivencia a realidade é o profissional"* (Gestor 4)

> "Eles nem sabem o que acontece aqui para definir. Por exemplo, não tem o médico, o enfermeiro sabe que é para fazer aquela medicação, ai se vem a fiscalização e vê que você fez sem a prescrição médica, ai eles vão tirar a sua carteirinha de trabalho, porque não era para ser feito" (Gestor 5).

Já se ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’, apenas uma discordou, pois de acordo com a mesma, a Lei deve ser mantida:

> “porque cada um tem a sua função. Eu não vou atuar no exercício de médico (..) o que tem que ampliar é a mão de obra de cada área e não ampliar o serviço para cada profissional”. (Gestor 4)

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. Observou-se, entre algumas das entrevistadas, certa dificuldade em responder a essa questão, por não conhecer todas as atividades dessas especialidades médicas.

Na cardiologia foram citados principalmente o acompanhamento de casos de hipertensão e a solicitação de exames, como eletrocardiograma. Uma das entrevistadas informou que o médico da UBS não pode solicitar alguns exames, o que dificulta muito o acompanhamento dos casos. Já houve casos em que a secretária de saúde não liberou a realização de exame solicitado pelo médico da UBS, pois teria que ser solicitado por um cardiologista (Gestor 5).

Com relação aos casos da oftalmologia, observou-se de uma maneira em geral que as gestoras consideram que as UBS não possuem estrutura para realizar procedimentos mais especializados e que os básicos já são realizados. “*O básico eles já fazem, não sei se deveriam fazer procedimentos mais especializados, pois não sei se são capacitados para isto*” (Gestor 4). Uma das gestoras, no entanto, considerou que alguns exames poderiam ser solicitados pelos médicos da UBS antes de encaminhar para o especialista *“até para saber se ele esta tendo alguma alteração que dever ser encaminhada ou que ele mesmo possa tratar”.* (Gestor 5)

Já em relação aos ortopedistas, foi citado dores nas costas e dores na coluna. Uma das gestoras informou que o encaminhamento para ortopedistas é um problema sério, pois todos os casos relacionados à ortopedia são encaminhados, e a unidade só possui 24 vagas para essa especialidade (Gestor 3).

Foi solicitado, também, às gestoras, que indicassem quais casos clínicos, frequentemente encaminhados para outras especialidades, poderiam ser resolvidos nas UBS. Foram citados casos de ginecologia (exames, colposcopia), casos de ortopedia (ex. dores) e casos de endocrinologia (hipertensão, diabetes). Sobre o motivo desses

casos não serem resolvidos nas UBS, foram citadas a falta de estrutura, recursos materiais e falta de conhecimento teórico e prático do profissional, gerando insegurança em realizar os procedimentos mais especializados.

Com relação às vantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS, foram citadas o aumento da resolutividade, diminuição do número de encaminhamentos e do tempo de espera e melhoria do atendimento à população. "*Tem muita gente que não tem condições de fazer tratamento de dentista particular, então ia ajudar bastante*" (Gestor 5). Já com relação às desvantagens, foi citada a sobrecarga de trabalho para os profissionais. Uma das gestoras citou como desvantagem que "*não haveria um respeito à hierarquia e ao cumprimento das funções de cada categoria profissional*" (Gestor 2).

2.2 Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil - Ortopedistas e Oftalmologistas

Perfil dos entrevistados

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino e com idade entre 30 e 47 anos. Todos os entrevistados residem em Petrolina (PE). Apenas um oftalmologista e um ortopedista são naturais de Pernambuco.

O ano de graduação em medicina variou entre 1993 e 2009. Com relação ao local de graduação, apenas dois formaram no mesmo município de nascimento, dois formaram em municípios diferentes, mas no mesmo estado e os outros dois em estados diferentes.

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 1 a 18 anos, sendo o maior tempo de atuação do professor universitário. Apenas este entrevistado possuía título de outra especialidade (Medicina do Trabalho), sendo que ele e outra oftalmologista possuíam subespecialidade de córnea. Quatro dos entrevistados possuíam também alguma experiência prévia na Atenção Primária em Saúde (APS). As entrevistas foram realizadas nas cidades de Juazeiro, Petrolina e Casa Nova.

Com relação ao vínculo de trabalho no estabelecimento onde foi feita a entrevista, apenas quatro informaram durante a entrevista, sendo dois Autônomos – Pessoa Jurídica, um Autônomo – Pessoa Física e um possui Contrato temporário com a Administração Pública.

Para todos os seis profissionais entrevistados houve discordância entre o número de vínculos e a carga horária (CH) semanal declarados durante as entrevistas e estes mesmos dados registrados no CNES (Tabela 19).

Tabela 19: Perfil dos oftalmologistas e ortopedistas entrevistados – Campo PEBA, novembro 2015.

Nº de identificação do entrevistado	OFTALMOLOGISTAS			ORTOPEDISTAS		
	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Juazeiro/BA	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Casa Nova/BA	Petrolina/PE	Juazeiro/BA
Naturalidade/UF	São Paulo/SP	Araripina/PE	Fortaleza/CE	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Valença/BA
Município de residência	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	M
Idade	39	44	32	35	30	47
Ano de conclusão da graduação	2004	1993	2008	2009	2009	1996
Município/UF de graduação	Curitiba/PR	Recife/PE	Campina Grande/PB	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Salvador/BA
Tempo de atuação na especialidade (anos)	8	18	2	2	1	11
Possui outra especialidade	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	4	0	2	0,5	2,5	0
Vínculo de trab. no estab. onde foi realizada a entrevista	Autônomo – PF	-	Autônomo – PJ	-	Contrato temporário	Autônomo – PJ
Nº de vínculos declarados	2	1	2	3	4	2
Nº de vínculo no CNES	4	4	2	5	4	2
CH total semanal declarada (horas)	40	-	54	32	66	40 a 80
CH total semanal CNES (horas)	42	54	28	64	73	34

Fonte: EPSM 2015 e CNES, Junho de 2015

Análise das entrevistas - Oftalmologistas

Para os oftalmologistas 1 e 2, os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes em suas práticas clínica são as queixas de refração com prescrição de óculos. O entrevistado 1 citou ainda – com menor importância – glaucoma, catarata e pterígio. Este afirma ser o único oftalmologista em Petrolina que atende urgências, pois, segundo ele, o município está sem este serviço, no momento. Em geral a demanda é de um paciente com urgência oftalmológica por dia.

O procedimento que realizam com maior frequência, após triagem de acuidade visual com prescrição de óculos, é a triagem/avaliação de catarata, citada por ambos os entrevistados. Foi citada ainda a triagem de glaucoma.

Com relação à origem dos pacientes do SUS, atendidos pelos especialistas nas unidades pesquisadas, a maioria é proveniente do próprio município e de regiões vizinhas. Alguns, porém, viajam distâncias maiores, chegando a percorrem 400 quilômetros para receberem atendimento, uma vez que os especialistas, nestas regiões, estão apenas no setor privado. Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendada por uma central reguladora.

Nenhum dos entrevistados participa de mutirões de atendimento na região ou faz atendimento em outros municípios. O médico 3 entrevistado afirma que existe um automóvel do município de Petrolina que viaja para algumas cidades, fazendo este serviço, mas ele não está envolvido no processo.

É interessante observar que durante a realização do campo, estava ocorrendo em Juazeiro um mutirão para procedimentos específicos da oftalmologia (como cirurgia de catarata). No entanto um dos especialistas entrevistados (1), que atua pelo SUS no município, queixou-se de não ter sido envolvido na organização ou no próprio mutirão. O mesmo inclusive relata:

> [...] Os pacientes que vão para o mutirão, vão precisar de um pós-operatório, aí eles mandam para mim. Então eu não fico sabendo de nada, de qual procedimento ia ser feito, mas agora eu vou ser responsável pelo pós-operatório [...].

Os pacientes que necessitam de acompanhamento prolongado são atendidos pelos próprios entrevistados – ou por outros oftalmologistas que atuam no local – mesmo que tenham dificuldade para marcar o retorno.

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos já citados anteriormente, um entrevistado afirma que queixas de cefaleia são frequentemente encaminhadas sem triagem prévia.

Porém, ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos na UBS, ambos afirmam inicialmente não ter nada possível, pois requerem aparelhagem específica. A oftalmologista 3 afirma que:

> [...] A maioria das doenças oftalmológicas dá olho vermelho [...]. O diagnóstico diferencial só pode ser feito com aparelho específico. Se existe essa intenção, tem que se montar uma estrutura para isso [...].

A oftalmologista 1 corrobora com esta afirmação:

> [...] Da *oftalmo* é mais difícil, pois precisa de aparelho. O glaucoma precisa olhar o fundo do olho, precisa medir a pressão. Realmente isto não pode ser feito na unidade básica [...].

Além disso, segundo os oftalmologistas 1 e 3, a UBS não tem acesso à tecnologia adequada. Todos os entrevistados acreditam que o médico da UBS não é capacitado para atender esta especialidade.

Esta argumentação contrasta com o discurso do oftalmologista 2, docente da UNIVASF. Ele afirma que nesta universidade a oftalmologia é ensinada em um módulo de cinco semanas, e que o hospital de ensino está em processo de implantação, sem residência de oftalmologia. Entretanto, ele cita que na disciplina de promoção à saúde ocular:

> [...] tenta ensinar que eles consigam fazer o diagnóstico e condução de coisas sem o uso das ferramentas da oftalmologia. Eu até brinco, apresento a eles uma lanterna, dois ou três colírios, uma lupa, e uma outra lanterninha com celofane azul que, com isso, talvez, com réguas, eles consigam fazer a identificação de muitas patologias, apenas pela inspeção [...]

Segundo a entrevistada 1 o médico da UBS nem sempre realiza uma triagem prévia, acreditando que toda queixa deve ser encaminhada à sua especialidade:

> [...] dor no joelho: oftalmo; sangramento no nariz: oftalmo. Então o médico não fez nenhuma avaliação antes. Quer se livrar, manda para o oftalmo [...].

> [...] Sintomas clássicos de enxaqueca, como dor de cabeça pulsátil, ânsia de vômito, que piora com a claridade, que a pessoa quer ficar deitada. Não precisa ser um oftamo para saber que isto é enxaqueca. Então trata primeiro e, se não melhorar, começa a investigar outra causa. Eles partem do pressuposto que esta consulta é de graça e não custa nada para o paciente. Mas ela custa, custa para todo mundo [...].

Segundo o mesmo médico faltam procedimentos de regulação. "Existem guias que não têm a queixa do paciente ou mesmo o nome do profissional que solicitou. Mas, de alguma forma, o paciente consegue ser encaminhado a um oftalmologista" (Oftalmologista 1).

A triagem de acuidade visual nas escolas foi citada como um procedimento que poderia auxiliar na diminuição dos encaminhamentos desnecessários:

> As professoras fazem as triagens dos alunos para fazer óculos, aí todos falam que querem usar. Aí quando vêm [...] da triagem da escola, vêm todos. Então tem que melhorar a triagem, a educação dessas crianças (Oftalmologista 1).

Para o oftalmologista 3 autorizar a solicitação de exames oftalmológicos por médicos da UBS aumentaria a quantidade de exames desnecessários. Ele afirma que todo exame deve ser solicitado de acordo com uma suspeita diagnóstica e o médico da atenção primária não tem a "visão global da oftalmologia" para tal.

Os oftalmologistas, de forma geral, não gostariam de gastar menos tempo com tarefas clínicas.

> O que dificulta mais é o nível de instrução do paciente, de compreender o que você fala [...]. Eu precisava de mais tempo para isto e não para o procedimento. (Oftalmologista 1).

Considerando a relação entre o oftalmologista e o optometrista o entrevistado 2 ressalta o problema de formação desses profissionais, argumentando que:

> [...] a optometria aqui [no Brasil], na realidade, são técnicos de ótica que fazem dois anos de tecnologia e faz mais um ano de optometria e querem, na realidade, dar vazão ao mercado. Só! A formação desses caras é *furada*, o optometrista americano tem cinco anos de formação, o europeu também tem uma formação maior. Então, assim, se essa escola de optometria encarasse as coisas com seriedade, ela ganharia respeito [...]

Além disso, ele cita que os optometristas atendem nas periferias, visitando sítios e prescrevendo óculos com uma frequência que não se faz necessária. “Isso *fere* a necessidade, é um comércio”.

O mesmo entrevistado relata que muitos pacientes consultam com optometristas por um apelo econômico:

> [...] Eu tenho um consultório aqui e um em outra cidade. Na outra cidade eu sistematicamente recebo dois ou três pacientes por semana dizendo que foi consultado por um médico no sítio. [...] Aí eu pergunto: - A senhora tem quantos anos? – Ela diz: 60. - A senhora já viu um médico procurar a senhora em sítio? – Não, nunca vi, mas apareceram lá oferecendo consulta de graça [...]. Aí eu digo – Olha, me reflita uma coisa, quem é a culpada nessa história? – Ela disse – É, fui eu mesma. [...].

Análise das entrevistas - Ortopedistas

O caso clínico mais frequente na prática clínica dos ortopedistas entrevistados é, em primeiro lugar, a lombalgia. Dois ortopedistas citaram, ainda, os traumas, decorrentes principalmente de acidentes de motocicleta (5 e 6), a osteoartrose e as lesões de ombro (4 e 5). Os casos citados por apenas um ortopedista foram lesões de menisco (entrevistado 5), fibromialgia e doenças ocupacionais (entrevistado 6). Sobre os traumas um ortopedista relatou que:

> [...] Aqui é uma região que tem muita motocicleta e é uma coisa bem interessante, que você não vê em grandes centros. [...] É assustador o número de acidentes. Em primeiro lugar é o acidente de moto, cada vez mais graves. Não é só no centro urbano, o agricultor usa muita moto, substitui o cavalo pela moto. Outra coisa é o hábito de beber. Mistura álcool e moto [...]. (Entrevistado 6)

Entre os procedimentos realizados com maior frequência estão a redução e imobilização de fraturas, a sutura e as cirurgias eletivas. O tratamento de dores osteomusculares – incluindo infiltrações articulares – também é comum na prática desta especialidade.

Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendada por uma central reguladora. Estes são provenientes do próprio município, de municípios vizinhos e de outros, bem afastados, mas da mesma região. O especialista 6, que foi entrevistado no hospital referência em ortopedia, afirma que também atende à demanda espontânea,

mas em menor quantidade, e pacientes que possuem plano de saúde ou em caráter "particular". "O problema é que não dá conta, ainda, da demanda espontânea dos pacientes da região de Petrolina e Juazeiro". Para um dos entrevistados:

> [...] A ortopedia só funciona bem em grandes centros [...] Para você manter um ortopedista numa cidade menor teria que ser montada toda uma estrutura que, às vezes, não vale a pena para o munícipio. O ortopedista é muito prático. É diferente de pegar um clínico e mantê-lo numa cidade dessas, [onde] ele resolve muitas coisas. O ortopedista precisa de outras coisas [...] de tecnologia, de uma equipe, e por aí vai. Então é difícil [...]. (Entrevistado 6).

O encaminhamento dos pacientes que necessitam de tecnologia mais avançada depende do local onde são atendidos e da regional de referência de cada município. O entrevistado 5, que atua na AME Policlínica de Petrolina, encaminha estes casos para Recife. Já o entrevistado 4, encaminha os pacientes de Casa Nova para Juazeiro nos casos relacionados à parte de trauma que não precisam de tecnologia avançada. Cirurgias eletivas (patologia joelho/quadril/ombro) e casos mais complexos são encaminhados para Salvador – pois não existe anestesiologista nem convênio com o hospital do município de Juazeiro para resolver. Em contraste, o especialista 6, do hospital especializado em Juazeiro, afirma ser ali o final do tratamento. "Chegou aqui não tem mais para onde mandar. Tem que resolver!"

O acompanhamento prolongado daqueles pacientes que têm essa demanda é feito pelos próprios entrevistados – ou por outros ortopedistas que atuam no local. Porém, todos afirmam que o retorno pode demorar até anos. Em casos cirúrgicos o próprio profissional que operou deve fazer o acompanhamento.

O ortopedista 6 atua em hospital e afirma que, quando dá alta hospitalar a um paciente pós-operatório, faz contrarreferência à UBS – com relatório e recomendações. No entanto, não funciona.

> [...] O clínico morre de medo do paciente ortopédico [...] Eu pedi para montar um grupo [...] Vou ensinar para eles que fratura não dá medo, que pode pegar, não morde, não vai matar. O pessoal tem medo até de trocar o curativo. O paciente volta para cá e fala: "Ah, o pessoal lá falou que não podia mexer porque era cirurgia ortopédica". Isto não é um caso isolado, isto é a maioria [...].

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), novamente aparecem principalmente as lombalgias. Também foram mencionados casos

de lesão de manguito e menisco (entrevistado 5), neuropatia diabética – e pacientes diabéticos, em geral – e casos de tuberculose osteoarticular (entrevistado 6).

Este ortopedista ressaltou que 90% dos problemas encaminhados poderiam ser resolvidos nas UBS´s, citando que muitos casos são encaminhados por falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária, como evidenciado nos trechos abaixo:

> [...] Olha os casos que já peguei. [...] Já peguei tuberculose osteoarticular. Paciente que nem sabia que tinha tuberculose. [...] Já peguei leucose em criança, que foi encaminhado como "dor nas juntas". Eu tenho provas. Dor nas costas, dor lombar: vai par o ortopedista. Era tumor de útero [...].
>
> [...] não tem noção o quanto o paciente sofre, aí quando você vai ver é uma vozinha com uma artralgia por neuropatia diabética e o clínico não sabe que a diabete causa neuropatia e que ela vai sentir dor na perninha dela. O clínico encaminha muito diabético. [...] o médico que vai para o programa de saúde da família é o médico ou que está em fim de carreira, ou acabou de formar e vai lá só para ganhar dinheiro e para fazer residência. Este é o perfil do profissional de saúde da família. É fim de carreira, ou acabou de formar e não tem a menor vontade de estar ali. (Entrevistado 6)

Os entrevistados evidenciaram que a investigação preliminar na UBS é insuficiente. Enquanto um (entrevistado 6) relatou que não há investigação preliminar na UBS, nem ao menos para solicitar radiografia, o entrevistado 4 citou que cerca de metade dos casos que ele recebe foram previamente triados. Entretanto cita "Estou aqui há sete meses e tenho a impressão de que eles [médicos da UBS] apenas querem se livrar do paciente".

O entrevistado 6 tem a mesma opinião. Ele afirmou ter recebido uma criança encaminhada da UBS com relato de que estava mancando:

> [...] Aí eu disse: "Espere aí, mãe! Mas ela tem uma perninha maior que a outra". E ela me respondeu: "Doutor, mas a médica não esperou eu dizer que ela tinha uma perna maior que a outra. Não foi por isso que levei ela lá [...] Mas agora que eu estou aqui, o que você pode fazer com essa perna dela?" [...] Foi um dos casos mais engraçados que eu já atendi até hoje. Eu ri muito e a mãe do menino ria, também, muito [...]

A opinião dos ortopedistas sobre os casos que poderiam ser resolvidos da APS variam. O entrevistado 5 acredita que alguns casos de lombalgia poderiam ser resolvidos na UBS, mas o fato de o médico generalista não poder solicitar o exame de ressonância

magnética dificulta este tratamento. Já para o entrevistado 4 o que falta é uma comunicação adequada entre a APS e os especialistas, e cita que "Na minha faculdade, onde eu me formei [em Recife] a gente fazia muito isso", o que poderia auxiliar a melhorar esta comunicação. Já o entrevistado 6 acredita que todos os casos atendidos na APS deveriam ser, no mínimo iniciados:

> [...] Na verdade todos davam para pelo menos iniciar. Ou então, o que eu acho que é o correto, é encaminhar para o especialista, pois às vezes o cara não tem uma segurança, digamos assim, para tratar. Mas pelo menos levantar as hipóteses ele teria obrigação de fazer [...].

Dentre os fatores citados como barreiras para a resolução destes casos na UBS foram citados a ausência de materiais – como talas, órteses e anestesia; infraestrutura inadequada; falta de acesso à tecnologia adequada – como à exames de imagem; e falta de capacitação do médico da UBS.

Quanto à atuação do fisioterapeuta todos os ortopedistas afirmaram que estes profissionais não deveriam conduzir casos clínicos sem avaliação prévia de um clínico geral, nem poderiam indicar órteses, sem avaliação prévia de um ortopedista.

Dois ortopedistas acreditam que alguns casos poderiam ser conduzidos após a avaliação do clínico geral, como dor muscular sem lesão, lombalgia, patologias de ombro (Entrevistados 4 e 5). Segundo o ortopedista 4, se o clínico for experiente pode iniciar um tratamento conservador junto ao fisioterapeuta e, caso não tenha resultado, encaminha ao especialista. Já o entrevistado 6 acredita que o clínico não deve indicar pacientes para o fisioterapeuta e afirmou que "[...] é isto que a minha experiência tem me mostrado. Eu já peguei caso de resultados ruins e quando você vai ver não foi o especialista que indicou e que orientou [...]". Além disso, ele se mostrou contra a ampliação dos escopo de prática dos fisioterapeutas e demais profissionais da equipe de saúde, como evidenciado no trecho abaixo:

> [...] Sou totalmente, 100%, a favor do ato médico. A única coisa que eu quero é que seja institucionalizado a minha profissão, que é a mais antiga de todas, tirando prostituição. Cada macaco no seu galho, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando, cada qual se valorizando. O fisioterapeuta deve seguir o que o profissional médico indicar, bem como o enfermeiro e a equipe. Deve funcionar assim como uma equipe, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual. Com as coisas muito bem estabelecidas, senão não dá certo. Eu acho *besteira*, um *vacilo* muito grande, os profissionais

ficarem se degradando por isso e por aquilo, ou atirando pedra no médico. Eu acho uma perda de tempo desnecessária. Cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando para as coisas funcionarem bem [...]. (Entrevistado 6).

Considerações finais

Para a atenção primária em saúde, partir da realização do campo-piloto em Barretos, conseguiu-se reavaliar o instrumento aplicado a médicos, enfermeiros e dentistas, sugerindo mudanças discretas, que foram aplicadas durante este campo. Não foram realizadas entrevistas com usuários, pois o questionário ainda estava em processo de reformulação quando o campo foi realizado.

No presente campo foram incluídos também os questionários de fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos que atuam na APS. O questionário de nutrição também não havia sido elaborado, até então. A partir da aplicação deste foram propostas adaptações para se cumprir os objetivos do estudo. Para cada profissão avaliada incluiu-se uma situação de ampliação de escopo de prática observada em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos. A partir desta situação, os profissionais foram questionados se estariam dispostos a realizar as mesmas atividades aqui no Brasil e sob quais circunstâncias.

Os gestores e profissionais da atenção primária em saúde, quando abordados, foram receptivos e, em sua maioria, demonstraram interesse em contribuir com a pesquisa. A equipe sentiu uma maior resistência das médicas cubanas entrevistadas no município de Cabrobó, sendo que uma não autorizou a gravação da entrevista.

No geral, foi possível observar que, nos municípios visitados em Pernambuco (Petrolina e Cabrobó) a atenção básica está mais bem estruturada, tanto no que se refere à questão física dos locais, quanto na composição das equipes e encaminhamentos para serviços especializados. Muitos casos mais complexos acabam sendo encaminhados para Petrolina. Apesar da melhor estrutura das unidades de Petrolina, não foi observado escopos ampliados para os profissionais nesta cidade quando comparado, qualitativamente, às demais.

Algumas diferenças puderam ser observadas quanto à atuação dos profissionais nos diferentes municípios. Entre farmacêuticos esta divergência foi devido, principalmente, a dois fatores: à forma de organização da assistência farmacêutica, cuja dispensação era centralizada em Juazeiro, e ao vínculo de trabalho, o qual em Juazeiro a entrevistada era bolsista de residência.

Com relação ao escopo de prática dos profissionais, os procedimentos avaliados por meio dos questionários são realizados, de maneira geral, nas UBS visitadas. Esses são aprendidos, na maior parte das vezes, na graduação, e o profissional possui confiança alta em desempenhá-los. Aqueles que não são realizados, mas que os profissionais sabem fazer, em geral não são realizados por falta de materiais e infraestrutura inadequada, exceto para o psicólogo, que afirmou ser exclusivamente por sobrecarga de trabalho.

Os gestores concordaram com várias das afirmativas que dizem respeito à expansão das atividades clínicas dos profissionais da atenção básica em saúde, porém ressaltaram as condições de trabalho como fator relevante para a eficiência da APS e para a ampliação de escopo, bem como a necessidade de treinamento adequado e ampliação da equipe para não sobrecarregar os profissionais.

Foram identificadas oportunidades para a expansão do escopo de prática para todas as categorias de profissionais entrevistadas, exceto psicólogo, pressupondo material adequado para sua realização. Entre os médicos, destaca-se a realização de pequenas cirurgias, suturas, imobilização e solicitação de exames (ex.: ecocardiograma e endoscopia digestiva alta). Já entre enfermeiros e farmacêuticos, a prescrição de medicamentos foi destaque, sendo que os enfermeiros também citaram a renovação de receitas médicas. Esta última foi, inclusive, citada pelos médicos como uma tarefa com a qual gostariam de gastar menos tempo. Com relação à fisioterapia, foram citadas atividades como indicação de órtese, realizar diagnóstico e solicitar determinados exames. Entre os dentistas, destaca-se a realização de moldagem, radiografia, prótese removível e endodontia unirradicular; tanto moldagem quanto radiografia foram mencionadas como atividades passíveis de delegação para técnicos em saúde bucal. Além disso, as entrevistadas destacaram a necessidade de expandir as atividades de prevenção.

Quanto à disponibilidade de encaminhamento para médicos especialistas, grande parte dos profissionais de saúde entrevistados em UBS avaliou o sistema de encaminhamento como muito ruim ou ruim. Os seguintes motivos foram citados para as avaliações negativas: demanda elevada e poucas vagas disponíveis para consultas, culminando em tempo de espera também elevado, protocolos municipais restritos quanto à disponibilidade de solicitar exames especializados. Especificamente em Cabrobó foram

citados a falta de acesso a exames no próprio município e inexistência de centro de especialidades odontológicas no município, dificultando o encaminhamento. Por isso, um dos profissionais citou que encaminha para o serviço particular. Outro citou, ainda, que o sistema de encaminhamento poderia ser melhorado com por meio da vinculação a programas como o telessaúde.

Com relação às especialidades médicas verificou-se que o instrumento deveria ser mais objetivo e sucinto. Foi, portanto, aperfeiçoado com foco no indivíduo entrevistado e não em seu local de trabalho.

Uma das dificuldades encontradas em campo foi o acesso da equipe aos especialistas pré-selecionados, influenciado pela discrepância entre os dados informados pelos profissionais – locais de trabalho e carga horária – e os dados registrados no CNES.

Além disto, observou-se uma resistência de alguns profissionais em receber os pesquisadores, tanto pelo elevado número de pacientes na fila de espera, quanto por motivos pessoais. O tempo de espera do pesquisador para realização das entrevistas foi elevado, o que contribuiu, também, para o reduzido número de entrevistas em relação ao planejado.

De maneira geral, a visão dos entrevistados é de que os médicos da atenção primária não estão capacitados, nem contam com infraestrutura e equipamentos adequados para realizar atendimentos relacionados às duas especialidades pesquisadas.

Em contrapartida, o quantitativo de especialistas ainda é insuficiente para suprir a demanda da população – tanto regional quanto local. Existe, desta forma, uma crítica constante – percebida nos discursos destes profissionais – quanto aos processos de regulação de encaminhamentos realizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.