EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde

Região de saúde da Baixada Cuiabana - 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 da Baixada Cuiabana

Relatório de Campo

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

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, fevereiro de 2017.

Sumário

APRESENTAÇÃO 5
1. Cenário de estudo 6
Cuiabá (MT) 7
Várzea Grande (MT) 12
2. Resultado das entrevistas 17
2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS 17
Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados 17
Análise das entrevistas 20
Médicos 20
Enfermeiros 26
Dentistas 32
Fisioterapeutas 36
Psicólogo 39
Gestores de UBS 41
Usuários 48
2.2. CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL – ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS 51
Cenário das entrevistas com os especialistas 51
Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho 54
Ortopedistas 59
Oftalmologistas 68
3. Considerações finais 82

APRESENTAÇÃO

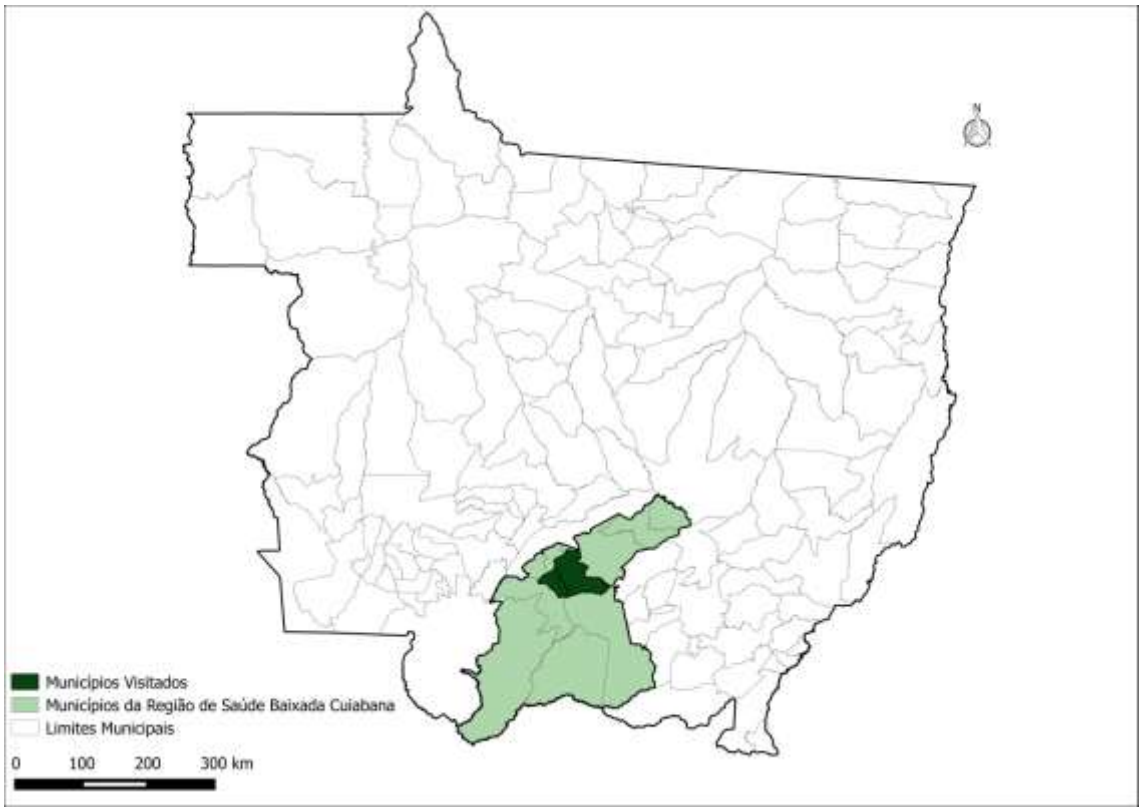
Esse relatório contém resultados relativos ao quarto trabalho de campo proposto na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde” e ao terceiro trabalho de campo proposto na pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas 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) e Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) 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).

1. Cenário de estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 10 a 15 de abril de 2016, nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, localizados no estado do Mato Grosso e pertencentes à região de saúde 'Baixada Cuiabana', composta por 11 municípios que, além dos visitados, incluem: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé e Santo Antônio do Leverger (Mapa 1).

Mapa 1: Municípios da Região da Baixada Cuiabana



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016.

Cuiabá (MT)

Cuiabá é a capital do estado do Mato Grosso, situada às margens do rio Cuiabá, e forma uma conurbação com o município de Várzea Grande. Fundada em 1719, viveu um período de estagnação desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX. Desde então, com a abertura das fronteiras agrícolas no centro-oeste do país, apresentou um crescimento populacional acima da média nacional, atingindo o seu auge nas décadas de 1970 e 1980. Nos últimos 15 anos, esse crescimento diminuiu, acompanhando a queda que ocorreu na maior parte do país. Em 2015, contava com uma população estimada de 580.489 habitantes. Hoje, além das funções político-administrativas, Cuiabá é o polo industrial, comercial e de serviços do estado (IBGE, 2015).

Em dezembro de 2014, contava com 16.596 estabelecimentos e 248.236 vínculos formais de emprego. No setor saúde, o setor da economia que apresentou maior QL foi o de Atividades de Atenção à Saúde Humana com 1,73 para estabelecimentos e o de Atividades de Atendimento Hospitalar para vínculos com 8,15. Fora do setor saúde, o município tinha como atividades com QL de vínculos mais elevados as atividades de Segurança e Ordem Pública (1543,48), Justiça (168,24) e Transporte Ferroviário de Carga (84,32). Maiores informações sobre o mercado formal de Cuiabá estão disponíveis no Apêndice B9.

Segundo os dados do CNES, em junho de 2015, Cuiabá possuía um total de 1.401 estabelecimentos de saúde, sendo 62,7% consultórios isolados. Em Cuiabá, 33,9% dos ortopedistas estão em hospitais gerais e 24,8% em hospitais especializados. Com relação aos oftalmologistas 34,3% estão em clínicas especializadas, seguido por 30,9% em consultório isolado e 14,4% em hospitais especializados e hospitais gerais (Tabela 1).

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento. Cuiabá (MT), 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	1	0,1	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	84	6	3	1,7	1	0,3
Policlínica	6	0,4	-	-	3	1,0
Hospital Geral	12	0,9	26	14,4	97	33,9
Hospital Especializado	11	0,8	26	14,4	71	24,8
Consultório Isolado	878	62,7	56	30,9	38	13,3
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	252	18	62	34,3	61	21,3
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	107	7,6	-	-	1	0,3
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	16	1,1	-	-	-	-
Farmácia	1	0,1	-	-	-	-
Cooperativa	8	0,6	2	1,1	3	1,0
Hospital-dia (isolado)	1	0,1	-	-	1	0,3
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	1	0,1	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	3	0,2	2	1,1	2	0,7
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	2	0,1	-	-	1	0,3
Centro de Atenção Psicossocial	5	0,4	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	0,2	-	-	-	-
Pronto Atendimento	2	0,1	4	2,2	5	1,7
Telessaúde	1	0,1	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,1	-	-	-	-
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	4	0,3	-	-	-	-
Central de regulação	1	0,1	-	-	2	0,7
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,1	-	-	-	-
TOTAL	**1.401**	**100**	**181**	**100**	**286**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Nesse mesmo ano, o CNES registrava um total de 5.057 vínculos de médicos para um total de 1.961 indivíduos, representando uma razão de 2,6 vínculos por médico. Com relação às demais profissões, a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é mais equilibrada, variando de 1,1 para os nutricionistas e 1,4 para os fisioterapeutas. Considerando apenas os profissionais da APS (Atenção Primária em Saúde), observamos que a razão de vínculo por indivíduo é quase proporcional para todas as profissões estudadas Com relação às especialidades médicas, havia 286 vínculos de ortopedia para 99 indivíduos, uma média de 2,9 vínculos por indivíduo, e 181 vínculos de oftalmologia para 80 indivíduos, resultando numa média um pouco inferior, de 2,3 vínculos por indivíduo (Tabela 2).

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

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	**Indivíduos**	**Razão**	**Vínculos**	**Indivíduos**	**Razão**
Médicos	5.057	1.961	2,6	182	171	1,1
Cirurgiões-dentistas	897	659	1,4	31	29	1,1
Enfermeiros	1.053	914	1,2	118	118	1,0
Farmacêuticos	241	198	1,2	5	5	1,0
Fisioterapeutas	416	300	1,4	3	3	1,0
Psicólogos	204	176	1,2	15	14	1,1
Nutricionistas	158	140	1,1	6	6	1,0
Oftalmologistas	181	80	2,3	-	-	-
Ortopedistas/traumatologistas	286	99	2,9	-	-	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

Com relação ao tipo de vínculo das profissões incluídas neste estudo, entre os médicos, o vínculo mais comum é de autônomo (58,9%), sendo 26,5% pessoa física e 32,4% sem descrição se pessoa física ou jurídica. Entre os cirurgiões-dentistas, a maioria dos vínculos também é de autônomo (43,9%), sendo 25,6% pessoa física e 18,3% sem descrição, seguido por 24,3% com vínculo estatutário. Com relação aos enfermeiros, os vínculos são principalmente estatutário (26,31%), temporário (27,7%) e celetista (28,9%). Para os farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas, o vínculo mais comum é estatuário, respectivamente 37,8%, 26,5% e 36,7%. Já entre os fisioterapeutas, 26% são autônomos, sem descrição se pessoa física ou jurídica (Tabela 3).

Considerando apenas os profissionais que atuam na APS, observa-se que entre os médicos, quase a metade (49,5%) possui contrato temporário e 36,3% são estatutários. Entre os enfermeiros, a maioria dos vínculos também é de contrato temporário, seguido de estatutários, respectivamente 53,4% e 43,2%. Com relação aos dentistas, 12 são estatutários (38,7%) e sete possuem contrato temporário (22,6%), sendo que também sete possuem outro tipo de vínculo empregatício sem descrição no CNES. Os cinco farmacêuticos da APS são estatutários e os três fisioterapeutas, temporários. Com relação aos psicólogos/ psicanalistas e nutricionistas, a maioria dos vínculos é estatutário (Tabela 4).

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

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	442	8,7	218	24,3	275	26,1	91	37,8	69	16,6	54	26,5	58	36,7
Empregado público	193	3,8	11	1,2	104	9,9	34	14,1	20	4,8	6	2,9	22	13,9
Comissionado	3	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	102	2,0	10	1,1	304	28,9	39	16,2	34	8,2	22	10,8	32	20,3
Temporário	500	9,9	129	14,4	292	27,7	30	12,4	64	15,4	32	15,7	17	10,8
Autônomo, pessoa física	1.342	26,5	230	25,6	2	0,2	5	2,1	50	12,0	33	16,2	7	4,4
Autônomo, pessoa jurídica	348	6,9	61	6,8	0	0,0	2	0,8	25	6,0	9	4,4	0	0,0
Cooperado	43	0,9	4	0,4	2	0,2	0	0,0	1	0,2	5	2,5	0	0,0
Bolsista	11	0,2	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Residente	159	3,1	6	0,7	24	2,3	0	0,0	2	0,5	5	2,5	3	1,9
Estagiário	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	13	0,3	3	0,3	15	1,4	2	0,8	4	1,0	1	0,5	3	1,9
Outros, vínculo empregatício sem descrição	262	5,2	61	6,8	22	2,1	18	7,5	39	9,4	11	5,4	8	5,1
Outros, autônomo sem descrição	1.638	32,4	164	18,3	9	0,9	19	7,9	108	26,0	25	12,3	8	5,1
Total	**5.057**	**100**	**897**	**100**	**1.053**	**100**	**241**	**100**	**416**	**100**	**204**	**100**	**158**	**100**

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

Tabela 4: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cuiabá, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	66	36,3	12	38,7	51	43,2	5	100	0	0	9	60,0	5	83,3
Empregado público	1	0,5	5	16,1	2	1,7	0	0	0	0	1	6,7	0	0
Temporário	90	49,5	7	22,6	63	53,4	0	0	3	100	3	20	0	0
Bolsista	10	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	14	7,7	7	22,6	2	1,7	0	0	0	0	2	13,3	1	16,7
Outros, autônomo sem descrição	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**182**	**100**	**31**	**100**	**118**	**100**	**5**	**100**	**3**	**100**	**15**	**100**	**6**	**100**

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

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas,75,1% dos oftalmologistas e 82,5% dos ortopedistas possuem vínculo de autônomo, sendo que 21,5% dos oftalmologistas e 24,8% dos ortopedistas possuem a descrição de pessoa física, e para autônomo pessoa jurídica 6,6% dos oftalmologistas e 11,2% do ortopedistas. Os demais tipos de vínculos de autônomos não são especificados se autônomo pessoa física ou jurídica (Tabela 5).

Tabela 5 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Cuiabá (MT), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	7	3,9	21	7,3
Empregado público	8	4,4	3	1
Comissionado	1	0,6	-	-
Celetista	1	0,6	1	0,3
Temporário	11	6,1	13	4,5
Autônomo	136	75,1	236	82,5
Autônomo, pessoa física	*39*	*21,5*	*71*	*24,8*
Autônomo, pessoa jurídica	*12*	*6,6*	*32*	*11,2*
Autônomo sem descrição	*85*	*47*	*133*	*46,5*
Cooperado	1	0,6	3	1
Bolsista	-	-	-	-
Residente	-	-	2	0,7
Estagiário	-	-	-	-
Informal	-	-	-	-
Vínculo empregatício sem descrição	16	8,8	7	2,4
TOTAL	**181**	**100**	**286**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que as empresas privadas agregavam a maioria dos ortopedistas e oftalmologistas, respectivamente 59,8% e 72,4% (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Cuiabá (MT), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	12	6,6	33	11,5
Administração Direta de outros órgãos (MEC MExetc)	-	-	1	0,3
Administração Indireta - Empresa Pública	12	6,6	4	1,4
Empresa Privada	131	72,4	171	59,8
Fundação Privada	-	-	-	-
Cooperativa	2	1,1	3	1,0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	24	13,3	74	25,9
Total	**181**	**100**	**286**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Várzea Grande (MT)

Várzea Grande é a segunda cidade mais populosa do estado do Mato Grosso, com 268.594 habitantes, e é separada da capital pelo Rio Cuiabá. Várzea Grande nasceu da doação de uma sesmaria aos índios Guanás - hábeis canoeiros e pescadores - em 1832, por parte do Governo Imperial. Foi caminho obrigatório das boiadas que vinham de Rosário do Rio Acima (hoje Rosário Oeste) em direção à Cuiabá.

A RAIS 2014 informava a existência de 4.442 estabelecimentos e 48.356 vínculos formais de emprego no município de Várzea Grande. O comércio varejista era responsável por 30,7% dos estabelecimentos e por 17,6% dos vínculos formais de emprego do município. O município contava com sete estabelecimentos de Atividades de Atendimento Hospitalar, que juntos empregavam 684 vínculos. O Apêndice B10 disponibiliza maiores informações acerca do mercado formal de Várzea Grande.

Segundo dados do CNES, Várzea Grande possuía um total de 145 estabelecimentos de saúde em 2015, sendo 48,3% consultórios isolados e 16,6% Unidades de Apoio à Diagnose e Terapia. No que ser refere à distribuição de especialistas por tipo de estabelecimento, 71,4% dos oftalmologistas estão em clínica especializada, e 75,8% dos ortopedistas estão em hospital geral (Tabela 7).

Nesse mesmo ano, o CNES registrava um total de 759 vínculos de médicos para um total de 530 indivíduos. A razão de vínculos por indivíduos variou de 1,4 para os médicos e 1,0 para farmacêuticos e psicólogos. Já entre os profissionais da APS, a razão de vínculo por individuo é bem equilibrada para todas as profissões estudadas. Esta razão é semelhante para as especialidades médicas estudadas, sendo 1,4 entre os ortopedistas e 1,3 entre os oftalmologistas, respectivamente 62 vínculos para 45 ortopedistas e 21 vínculos para 16 oftalmologistas (Tabela 8).

Tabela 7 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento – Várzea Grande (MT), 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	15	10,3	-	-	-	-
Policlínica	5	3,4	-	-	6	9,7
Hospital Geral	5	3,4	2	9,5	47	75,8
Hospital Especializado	-	-	-	-	-	-
Consultório Isolado	70	48,3	1	4,8	2	3,2
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	16	11,0	15	71,4	6	9,7
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	24	16,6	2	9,5	1	1,6
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	3	2,1	-	-	-	-
Farmácia	2	1,4	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	3	2,1	-	-	-	-
Central de regulação	1	0,7	1	4,8	-	-
TOTAL	**145**	**100**	**21**	**100**	**62**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Tabela 8 – Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Várzea Grande, 2015

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	Indivíduos	Razão	Vínculos	Indivíduos	Razão
Médicos	759	530	1,4	47	45	1,0
Cirurgiões-dentistas	110	88	1,3	15	15	1,0
Enfermeiros	148	140	1,1	38	37	1,0
Farmacêuticos	47	45	1,0	1	1	1,0
Fisioterapeutas	58	53	1,1	0	0	.
Psicólogos	26	26	1,0	4	4	1,0
Nutricionistas	28	26	1,1	1	1	1,0
Oftalmologistas	21	16	1,3	-	-	-
Ortopedistas/traumatologistas	62	45	1,4	-	-	-

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, entre os médicos, o vínculo mais comum é de autônomo pessoa física (51,4%) seguido por estatutário (25,3%). Esta mesma tendência foi observada entre os cirurgiões-dentistas, em que 62,7% são autônomos pessoa física e 25,5% estatuários. Já a maioria dos enfermeiros e psicólogos possui contrato temporário, respectivamente 47,3 % e 57,7%. Já entre as demais

profissões, o vínculo mais comum é de estatutário, 51,1% dos farmacêuticos, 44,8% dos fisioterapeutas e 46,4% dos nutricionistas (Tabela 9).

Entre os profissionais que atuam na APS, a maioria dos vínculos de médicos, dentistas e enfermeiros é temporário, seguido de estatutário. O único farmacêutico e o único nutricionista são estatutários. Em relação aos psicólogos, três são estatutários e um possui contrato temporário (Tabela 10).

Tabela 9: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Várzea Grande, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	192	25,3	28	25,5	54	36,5	24	51,1	26	44,8	6	23,1	13	46,4
Empregado público	1	0,1	2	1,8	15	10,1	2	4,3	5	8,6	1	3,8	1	3,6
Comissionado	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temporário	165	21,7	11	10,0	70	47,3	12	25,5	13	22,4	15	57,7	6	21,4
Autônomo, pessoa física	390	51,4	69	62,7	6	4,1	8	17,0	14	24,1	4	15,4	8	28,6
Autônomo, pessoa jurídica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	11	1,4	0	0,0	2	1,4	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	759	100	110	100	148	100	47	100	58	100	26	100	28	100

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

Tabela 10 – Quantidade de vínculos das profissões estudadas que atuam na APS por tipo de vínculo em Várzea Grande, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	17	36,2	7	46,7	7	18,4	1	100	3	75	1	100
Comissionado	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Temporário	30	63,8	8	53,3	31	81,6	0	0	1	25	0	0
Total	**47**	**100,0**	**15**	**100**	**38**	**100**	**1**	**100**	**4**	**100**	**1**	**100**

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

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas de Várzea Grande, 46,8% dos ortopedistas são autônomos pessoa física, 29,0% estatutários e 22,6% possuem contrato temporário. Entre os oftalmologistas, 61,9% são autônomos pessoa física, 23,8% estatutários e 14,3%possuíam contrato temporário (Tabela 11).

Tabela 11 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Várzea Grande (MT), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	5	23,8	18	29,0
Empregado público	-	-	-	-
Temporário	3	14,3	14	22,6
Autônomo, pessoa física	13	61,9	29	46,8
Outros, autônomo sem descrição	-	-	1	1,6
TOTAL	**21**	**100**	**62**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos, a Administração Direta da Saúde agregava 90,3% dos ortopedistas e 38,1% dos oftalmologistas. Já as empresas privadas respondiam por 61,9% dos oftalmologias (Tabela 12).

Tabela 12 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Várzea Grande (MT), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	8	38,1	56	90,3
Empresa Privada	13	61,9	3	4,8
Fundação Privada	0	0,0	3	4,8
Total	**21**	**100**	**62**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

2. Resultado das entrevistas

2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS

Foram visitadas quatro unidades básicas de saúde, nas quais foram realizadas 24 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 13. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 13 – Relação de entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

Entrevistados	N
Médicos	5
Enfermeiros	5
Dentistas	2
Farmacêuticos	0
Fisioterapeutas	1
Psicólogo	1
Nutricionista	0
Gestores UBS	4
Usuários	6
Total	24

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados

A Atenção Primária em Saúde de Cuiabá é composta por 87 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo estabelecimentos com Programa de Saúde da Família (PSF) e de modelo tradicional[1]. Já Várzea Grande conta com 25 UBS, sendo 21 equipes de PSF e quatro centros de saúde tradicionais[2].

Dentre as quatro UBS visitadas, uma encontrava-se em Várzea Grande, uma em área rural de Cuiabá e duas em áreas urbanas de Cuiabá. O PSF estava presente em duas das unidades onde foram realizadas entrevistas.

A UBS visitada em Várzea Grande possui equipe de PSF completa, sendo a médica integrante do Programa Mais Médicos (PMM). Além desses profissionais, atua um estagiário de psicologia. A Unidade recebe outros programas de estágio da Universidade

[1]http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude/atencao-basica/
[2]http://www.varzeagrande.mt.gov.br/portal/conteudo/15903

local. Os atendimentos em saúde bucal são realizados por uma dentista, que referencia para a Universidade, caso haja necessidade de atendimento especializado. A estrutura, apesar de comportar os consultórios e outros ambientes necessários, é apontada pela gestora como fator limitador da prática, assim como os recursos materiais. A unidade não tinha linha telefônica ou internet. A enfermeira tirava uma tarde de folga da Unidade para preencher os prontuários eletrônicos em casa, devido à falta de acesso a internet no local. Alguns entrevistados relataram ainda que o bairro onde se localiza a UBS é bem perigoso e que a mesma inclusive já foi assaltada (Figura 1).



Figura 1: Unidade Básica de Saúde - Várzea Grande/MT

A unidade rural de Cuiabá visitada funciona em uma estrutura localizada ao lado da escola pública da comunidade (Figura 2). Ela não possui equipe de saúde da família e adota, portanto, o modelo tradicional de centro de saúde. A equipe é composta por uma enfermeira, que também faz a gestão da unidade, um clínico geral, que estava aderindo à greve[3] à ocasião da pesquisa, uma ginecologista, um pediatra, técnicos de enfermagem e recepcionista. Não possui atendimento odontológico.

De acordo com os profissionais entrevistados na unidade, o número de famílias atendidas pela UBS está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde e há sempre um grande fluxo de usuários. O acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia é restrito, o que, juntamente com a escassez de recursos físicos e humanos, prejudica a população. Segundo a gestora, por não fazer parte do PSF, há também um protocolo municipal diferenciado, limitando o escopo de prática dos profissionais que ali atuam.

[3] Grande parte dos médicos do município de Cuiabá estava em greve na ocasião da pesquisa de campo.

Pequenos procedimentos também não estão autorizados a serem executados no local, devido à associação do risco de complicação com a dificuldade de remoção para o centro de Cuiabá, caso seja necessário.



Figura 2: Unidade Básica de Saúde Rural - Cuiabá/MT

Uma das UBS visitadas na área urbana de Cuiabá funciona onde antes era uma policlínica municipal (Figura 3a). A unidade possui cinco equipes de PSF, incluindo profissionais de saúde bucal. Uma delas está atuando com desfalque de médico, mas a enfermeira conta que, como existe boa relação entre as duas equipes, o médico que está alocado na outra equipe atende os casos mais urgentes. Além desses profissionais, a unidade possui uma equipe piloto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), desde 2013. A equipe está completa, com exceção do Fonoaudiólogo e fornece apoio matricial a nove equipes de PSF.

O fluxo de usuários da Unidade é intenso. Aqueles que necessitam de consulta com especialista são orientados a procurar diretamente a policlínica municipal para agendamento, uma vez que, pelo cadastro no Sistema de Regulação (SISREG), o tempo de espera é elevado. Apenas aqueles especialistas que não atendem no município são agendados por este sistema.

O espaço físico é amplo, mas, segundo a gestora, os recursos ainda são limitados. O consultório de saúde bucal, ao contrário da realidade da UBS, é muito bem equipado e possui estrutura semelhante ao de um “bom consultório privado”, segundo um dos cirurgiões-dentistas da unidade, que já atuou como coordenador de saúde bucal do município.



Figura 3 (a, b): Unidades Básicas de Saúde - Cuiabá/MT

A outra unidade visitada na área urbana de Cuiabá possuía duas equipes de PSF atuantes, e, em uma delas, havia desfalque de médicos (Figura 3b). Não existia consultório odontológico no local e somente o médico da unidade pode realizar encaminhamentos para tais profissionais. As consultas especializadas são cadastradas no SISREG, cuja fila de espera pode ultrapassar dois anos, segundo o gestor da UBS.

Este ator conta também que a estrutura da unidade é um limitador de escopo dos profissionais que ali atuam, assim como a restrição dos materiais e os protocolos municipais. A aplicação de injetáveis, fato citado constantemente durante entrevista com esse profissional, não pode ser realizada nas UBS do município, devendo o usuário que necessita desse procedimento, ser referenciado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O gestor conta que, quando necessário, realiza o que chama de “comprinha”, que é o ato de se deslocar até a UPA mais próxima e buscar o material necessário para o tratamento de um usuário que, por exemplo, tem dificuldade de acesso àquele local. Desta forma, retorna à unidade e realiza ali o procedimento.

Análise das entrevistas

Médicos

As cinco médicas entrevistadas durante o campo eram do sexo feminino, brasileiras e com idade variando de 27 a 54 anos. Nenhuma era natural de Cuiabá; três eram naturais do mesmo estado em que foram realizadas as entrevistas e duas eram naturais de municípios de São Paulo. Todas residiam no município pesquisado. Com relação à

graduação, apenas uma não graduou no estado de sua naturalidade; duas graduaram no mesmo município em que foram realizadas as entrevistas.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1mês a 27 anos, e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 1 mês a 15 anos. Uma médica era bolsista do 'Programa Mais Médicos', três eram contratadas temporariamente pela administração pública e apenas uma era estatutária. Duas possuíam título de médico da família e comunidade e uma de ginecologista e obstetra, que também se especializou em medicina legal, posteriormente. Duas das entrevistadas declararam possuir outro trabalho, uma como preceptora em Universidade e outra em consultório particular (Tabela 14).

Tabela 14: Perfil dos médicos entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

	MÉDICOS				
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Município da entrevista	Várzea Grande	Cuiabá	Cuiabá	Cuiabá	Distrito de Cuiabá
Naturalidade/UF	Neves Paulista/SP	Cáceres/MT	Chapada dos Guimarães/MT	Guiratinga/MT	Bragança Paulista/SP
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	28	27	28	32	54
Ano de conclusão da graduação	2011	2013	2015	2013	1985
Município/UF de graduação	Ribeirão Preto/SP	Cacoal/RO	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Bragança Paulista/SP
Tempo de atuação na APS	4,5 anos	4 meses	1 mês	3 anos	27 anos
Tempo de atuação na UBS	1 mês	4 meses	1 mês	2,5 anos	14 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40**	40	40	36
Vínculo de trab. na UBS	Contrato temporário	Bolsista (PMM)	Contrato temporário	Contrato temporário	Estatutária
Possuí título de especialista	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Não	Não	Não	Sim

*O nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
**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, 2016

O perfil dos pacientes atendidos pelos médicos entrevistados é bastante amplo, não apresentando muita diversificação entre os entrevistados, com exceção da médica especialista em ginecologia/obstetrícia.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 49 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades básicas de saúde, para que as entrevistadas indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, se não realizavam, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança em realizarem os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Para a médica especialista em ginecologia e obstetrícia, essa parte do questionário não se aplicava, uma vez que sua prática era restrita à especialidade. No entanto, utilizou-se o instrumento como um roteiro para aplicação das demais perguntas.

As quatro médicas que responderam a essa questão indicaram que realizam na UBS:

- Pré-natal de baixo risco
- Solicitar exame de sangue oculto nas fezes
- Queixas de olho vermelho
- Tratamento de lombalgias (dor lombar)
- Tratamento de infecção urinária recorrente
- 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 uma das médicas, que atua em uma unidade localizada em um Bairro precário de Cuiabá indicou que realiza na UBS:

- Incisão e drenagem de abcesso
- Imobilização de extremidades feridas
- Remoção de corpo estranho do ouvido
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)
- Infiltração de anestésico local
- Punção venosa
- Injeção intramuscular
- Injeção subcutânea
- Imobilização de fraturas
- Oxigenoterapia
- Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica
- Inserção de cateter ureteral
- Queixas de diminuição da acuidade visual (erros de refração, glaucoma, retinopatias e catarata)

Os resultados indicam que as médicas sabem executar mais procedimentos do que realizam na prática, nas UBS. Entre os procedimentos apresentados, 71,4% (n=35) foram indicados por pelo menos uma das profissionais como 'não realizo, mas sei fazer'. Entre estes, os procedimentos indicados por todas entrevistadas foram:

- Sutura;
- Parto normal de baixo risco;
- Eletrocardiograma.

Já aqueles indicados por três médicas incluíram:

- Incisão e drenagem de abcesso;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;

- Punção venosa;
- Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica.

Com relação aos procedimentos que os médicos não realizam e não sabem realizar, 42,9% (n=21) foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo ‘acupuntura’ o único citado por todas as profissionais. Já os procedimentos ‘raspagem para determinação de fungo’ e ‘remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva’ foram citados por três entrevistadas.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos médicos foi alto. O procedimento ‘remoção de corpo estranho do ouvido’ é desempenhado por duas médicas com baixo nível de confiança. Três das entrevistadas indicaram ainda que possuem um nível baixo de confiança para realizar os seguintes procedimentos:

- Cauterização de epistaxe;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Imobilização de fraturas;
- Parto normal de alto risco;
- Oxigenoterapia;
- Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica;
- Inserção de cateter ureteral.

A graduação foi a principal forma de aprendizado dos procedimentos por três das médicas, e a residência em Medicina de Saúde da Família, da outra entrevistada.

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 citada pelas quatro entrevistadas que responderam à questão. Além disso, a ginecologista e obstetra conta da falta de medicamentos:

> “Falta de medicamento aqui é constante. Às vezes faltam cremes vaginais. Tem disponível só Nistatina, então fungo, uma candidíase, eu consigo tratar, já bactérias, não! [E quando é recorrente?] Via oral é outra dificuldade. [Para contracepção é mais tranquilo?] Não! Os injetáveis eu já sinto mais dificuldade. É fase! Tem épocas que a gente tem disponibilidade. Quando tem aqui, aplica aqui. Mas tem época que não tem nem o contraceptivo oral.” (Médica 5)

Outros motivos para a não realização de procedimentos como ‘não existe demanda para a realização destes procedimentos’ e ‘é realizado por outro profissional de saúde da UBS’ foram identificados por duas entrevistadas. Uma entrevistada citou ainda que ‘não é do âmbito da atenção primária em saúde’.

Duas entrevistadas afirmaram que realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde, citando atividades do enfermeiro, quando este profissional precisa se ausentar ou necessita suporte durante a consulta. Uma delas alega, ainda, que atende os pacientes da outra equipe de saúde da família, quando necessário, uma vez que não há médico contratado, atualmente, para o exercício da função. A ginecologista e obstetra entrevistada afirma que atende a mulher em todas as fases da vida e também dá suporte, quando não tem clínico na unidade:

> "[...] aqui a gente teve problema sério de falta de clínico, então não é raro que a gente tenha também que dar um auxílio: fazer alguma orientação, alguma coisa assim. Mas eu não gosto, porque eu sou ginecologista/obstetra. Mas, enfim, eu sou médica, né?!" (Médica 5)

Com relação à percepção das médicas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, os principais citados foram relacionados a pequenas cirurgias, como drenagem de paroníquia, exérese de lesões na pele, remoção de corpo estranho e sutura. Uma delas afirma que não existe serviço de cirurgia ambulatorial no município e, nestes casos, devem-se encaminhar os pacientes para um cirurgião geral. Outra entrevistada contesta esta afirmativa e informa que, dentro da policlínica, funciona um ambulatório de pequenas cirurgias, onde recebem todos os procedimentos que podem ser um pouco mais invasivos para os pacientes. Foram citados, ainda, 'imobilização' e 'casos de ortopedia':

> "Eu encaminho muito pra ortopedista. Se tivesse aqui um serviço de raio-X eficiente, já poderia fazer o raio-X, ver na hora e poder tratar o paciente sem necessidade de encaminhar pra outro lugar pra fazer isso." (Médica 3)

A ginecologista e obstetra conta que, embora não seja autorizada a realização do pré-natal de alto risco na UBS, muitas vezes acontece:

> "Aqui fazemos acompanhamento pré-natal. Alto risco nós somos orientados a encaminhar. Mas, muitas vezes, a paciente não vai. Ela quer fazer aqui! E a gente fala: "Não, você vai lá e, qualquer coisa, qualquer dúvida, você pode vir aqui". Hoje em dia é uma questão real, é a distância, é passagem... você vê que ela não tá indo pra lá. E a gente acaba acolhendo esse tipo de paciente também". (Médica 5)

A inserção de DIU também era realizada nesta UBS, quando a médica entrou na unidade, mas, por ordens da gerência, passou a ser referenciada à atenção secundária:

> "Imagina colocar DIU numa comunidade rural! Foi assim, coloquei mais de 20. [...] Mas depois veio a orientação da gerência que não era pra ser realizado aqui, que todos esses casos deveriam ser encaminhados pro planejamento familiar. Do ponto de vista prático é pior, porque eu encaminho as pacientes,

> são poucas que têm o acesso, que conseguem marcar, conseguem colocar. Por outro lado eu entendo que aqui é um posto que não tem muitos recursos, é pra atendimento primário, é afastado. Então, uma possível complicação de uma inserção, coisa que é prevista, talvez a gente não tenha essa facilidade [*de encaminhamento em caso de urgência*]" (Médica 5)

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – todas as entrevistadas afirmaram estar dispostas, mediante capacitação: "Com capacitação, né?! Porque ela que vai trazer a confiança pro profissional desempenhar *[esta atividade]* (Médico 4).

Ao serem questionadas sobre a qualidade da disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, duas avaliaram como muito ruim, outra, como ruim e uma avaliou como nem ruim, nem bom. O principal motivo para as avaliações negativas foi o alto tempo de espera. A ginecologista e obstetra, que atua em área rural, afirma que essa não é a realidade da unidade onde atua:

> "Eu noto que aqui é mais rápido. Eles otimizam mais, porque é uma comunidade em que todos se conhecem. Eles ligam e marcam por telefone! É uma coisa muito bacana aqui. Isso é mérito da equipe aqui, das meninas, porque são todos conhecidos". (Médica 5)

Em contrapartida, a mesma médica conta que o acesso a exames de imagem é difícil e o tempo de espera é grande:

> "Pra você ter uma ideia, os ultrassons aqui, estão sendo realizados os que eu pedi há dois anos atrás. Um dia desses elas me chamaram: "Doutora, mulher grávida de 7 meses pode fazer US transvaginal?" Eu falei: "Não! Quem pediu?" "Foi a senhora!" E eu falei: "Eu? Transvaginal? Deixa eu ver isso aí!" Quando fui ver era um pedido de dois anos atrás. [...] Os exames que eu pedi na primeira gestação estão sendo realizados agora que, por sorte, a mulher tá grávida pela segunda vez e vai conseguir fazer. [...] Quem pode acaba recorrendo a recursos próprios. Elas buscam alternativas, locais que fazem por um custo menor, algumas tem plano de saúde, mas a maior parte não pode e não faz." (Médica 5)

Uma das entrevistadas afirmou que a rede não é organizada e o encaminhamento fica sob responsabilidade do paciente. Outra médica corroborou esta afirmativa:

> "A gente tem um sistema central de regulação e de vagas. A gente faz o encaminhamento, entrega na recepção e ela vai pelo sistema. E aí é fila! A gente tem a policlínica do Planalto que tem ambulatório de especialidades. Quando você precisa de uma especialidade que tem aqui, é mais rápido, porque o paciente vai com o encaminhamento direto lá e já marca, sem passar pelo sistema. Quando passa pelo sistema é que demora mais" (Médica 4)

As médicas destacaram maior dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades como ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e neurologia.

Sobre com quais tarefas clínicas as médicas gostariam de gastar menos tempo, apenas duas responderam: uma citou o registro dos atendimentos e as orientações ao paciente após a consulta; a outra citou pedidos de exame e renovação de receitas que, segundo ela, deveriam constar como consulta, na ficha de atendimento.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, três das respondentes não consideram estar sobrecarregadas, sendo que duas delas poderiam executar mais tarefas clínicas. Uma das entrevistadas relatou que a questão não se trata de estar sobrecarregada ou não, mas que o trabalho poderia ser mais resolutivo, principalmente se fosse mais organizado.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todas as médicas afirmaram realizar consulta/discussão de casos com outros profissionais de saúde e participar de atividades educativas ou programas de educação permanente. Três relataram consultar protocolos clínicos, livros e artigos, além de consultar/discutir casos com outros médicos. Nenhuma entrevistada utiliza o serviço de telessaúde.

Enfermeiros

Entre os cinco enfermeiros entrevistados durante o campo, quatro eram do sexo feminino. A idade variou de 27 a 36 anos. Todos eram brasileiros, sendo três naturais de Cuiabá e dois naturais de outros estados (Minas Gerais e Paraná). Todos residiam no município pesquisado. Com relação à graduação, todos os entrevistados graduaram no estado do Mato Grosso, sendo dois na capital, dois em Cáceres e um em Várzea Grande.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 9 meses a 5 anos eo tempo de atuação na UBS visitada variou de 9 meses a 3 anos. Três possuíam vínculo como estatutário e dois eram contratados temporariamente. Todos possuíam carga horária semanal de 40 horas. Nenhum dos entrevistados declarou trabalhar em outro local. Três respondentes afirmaram ter títulos de especialistas: um em auditoria; um em emergência em saúde pública e um em saúde da família (Tabela 15).

Tabela 15: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

ENFERMEIROS					
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Município da entrevista	Distrito de Cuiabá	Cuiabá	Cuiabá	Várzea Grande	Cuiabá
Naturalidade/UF	Cuiabá/MT	Alto Garças/MG	Foz do Iguaçu/PR	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	36	32	32	27	27
Ano de conclusão da graduação	2013	2007	2007	2011	2011
Município/UF de graduação	Cuiabá/MT	Cáceres/MT	Cuiabá/MT	Várzea Grande/MT	Cáceres/MT
Tempo de atuação na APS	1 ano	9 meses	5 anos	3 anos	3 anos
Tempo de atuação na UBS	1 ano	9 meses	3 anos	3 anos	3 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Contrato temporário
Possuí título de especialista	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Possui outro trabalho	Não	Não	Não	Não	Não

*O nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
** Possui dois vínculos de 30 horas semanais no mesmo estabelecimento.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

O perfil dos pacientes atendidos pelos enfermeiros entrevistados é bem amplo, e não apresenta muita variação. Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 34 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, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do enfermeiro em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que os enfermeiros, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática. Do total de respostas, 53,5% foram assinaladas como ‘Faz na UBS’, 25,9% em ‘Não faz, mas sabe fazer’ e 20,6% em ‘Não faz, e não sabe fazer’. Entre os procedimentos apresentados 76,5% (n=26) são realizados por pelo menos um enfermeiro na atenção primária.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

- Comunicar diagnóstico aos pacientes (como hipertensão e diabetes);
- Encaminhar usuários a outros serviços;
- Interpretar exames laboratoriais;
- Realizar exame de ‘Papanicolau’;

- Interpretar exame de ‘Papanicolau’;
- Retirar pontos;
- Realizar pré-natal de baixo risco;
- Realizar consulta de puericultura;
- Prescrever curativos;
- Realizar curativos;
- Aplicar vacinas.

Quatro profissionais ainda citaram os seguintes procedimentos, como sendo realizados na UBS:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Inserir sonda vesical de demora.

Os procedimentos a seguir foram citados por apenas um profissional, como sendo realizados na UBS:

- Realizar drenagem de abscesso;
- Realizar parto normal emergencial;
- Interpretar teste tuberculínico;
- Inserir sonda nasoentérica;
- Realizar eletrocardiograma.

Dois afirmam ‘solicitar exames de imagem’, ‘realizar imobilizações’ e ‘inserir sonda nasogástrica’ e três afirmam ‘interpretar exames de imagem’, ‘prescrever tratamento para vulvovaginites’ e ‘inserir sonda vesical de alívio’.

Os entrevistados afirmam não realizar as seguintes atividades, na UBS:

- Renovar a prescrição médica;
- Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticados;
- Prescrever medicamentos controlados;
- Realizar sutura;
- Realizar parto normal;
- Realizar pré-natal de alto risco;
- Realizar teste tuberculínico;
- Anestesia local.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam, mas sabem fazer, ‘renovar a prescrição médica’foi citado por todos os entrevistados. ‘Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas’ e ‘realizar eletrocardiograma’ foram citadas por quatro profissionais.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam e não sabem realizar, 44,1% (n=15) foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo ‘anestesia local’

citada por todos os entrevistados, seguido por ‘prescrever medicamentos controlados’ e ‘realizar teste tuberculínico’, apontados por quatro profissionais.

A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação e o nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos enfermeiros foi alto. Os procedimentos cujos profissionais afirmaram desempenhar com baixo nível de confiança foram os seguintes, indicados por apenas um ou dois entrevistados:

- Realizar drenagem de abcesso;
- Realizar sutura;
- Realizar teste tuberculínico;
- Realizar parto normal emergencial;
- Realizar parto normal

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que os enfermeiros sabem fazer, porém não realizam nas UBS a ‘falta de demanda para a realização destes procedimentos’ foi relatado por três entrevistados, seguido de ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’ e ‘existência de medidas restritivas do conselho’, respondidos por dois enfermeiros. Um afirma que ‘não é do âmbito da APS’ e outro alega, ainda, que “não possui registro/cadastro para prescrever medicamentos e solicitar exames”.

Quatro entrevistados afirmaram que realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde, citando atividades administrativas, solicitação de manutenção, serviços de digitação, gerenciamento da unidade, atividades de recepcionista, solicitação, dispensação e administração de medicamentos, bem como outras atividades delegadas aos técnicos de enfermagem, como a realização de curativos. Um dos entrevistados, que estava sem médico em sua equipe, relatou o que faz, quando avalia o paciente e identifica a necessidade de consulta médica:

> “Quando eu vejo que tem necessidade eu encaminho *pra* policlínica ou *pra* UPA *[Unidade de Pronto Atendimento]*. Ou eu solicito um exame e, se der alterado, eu peço *pra* médica aqui*[da outra equipe]*. A médica aqui do lado sempre *tá* dando um suporte”. (Enfermeiro 2)

Com relação à percepção dos enfermeiros sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, apenas um afirmou não estar disposto a realizar qualquer procedimento médico. Três citaram a prescrição de medicamentos, não especificando

qual classe. A solicitação de exames foi citada por dois entrevistados (sangue, em geral, e imagem, para mulheres e gestantes). O encaminhamento para especialistas, o pré-natal de baixo risco e o diagnóstico de determinadas doenças, como tuberculose, hanseníase e sífilis, também foram citadas por um dos entrevistados. Um dos entrevistados ressaltou a importância de executar tais tarefas, principalmente em áreas rurais:

> "Pra quem trabalha em zona rural é importante, porque geralmente não fica médico o tempo inteiro lá. [...] A gente que acaba morando lá, então, principalmente à noite, se tem qualquer coisa, o pessoal chama é o enfermeiro. [...] Eu tive sorte, porque eu trabalhei em um PSF e depois em um pronto socorro, então eu já tinha noção, mais ou menos, de urgência e emergência, antes de eu ir pra zona rural; mas, geralmente, eles colocam pessoas recém formadas lá na zona rural. E aí que mais dificulta também, *né*?!" (Enfermeiro 2)

A realização desses procedimentos foi condicionada à elaboração de protocolos, à capacitação e ao respaldo legal.

Sobre a realização de diagnósticos de doenças e prescrição de medicamentos, dentro de uma situação específica de atuação – como já ocorre no Canadá, com enfermeiros pós-graduados e com experiência clínica – todos os entrevistados se mostraram dispostos, condicionando essa ampliação de escopo à capacitação adequada e ao respaldo jurídico e do conselho de enfermagem.

> "Você já pensou se, toda vez que eu visse o paciente com uma necessidade eu conseguisse atender ele com segurança, sem medo de retaliações?! [...] eu posso até estar vendo que o paciente *tá*, por exemplo, com uma pressão alta. Eu sei o que fazer, mas eu não posso fazer! Porque, se eu fizer, o próprio paciente vai falar: "olha lá, a enfermeira me deu tal medicação, sendo que ela não pode fazer isso". Então, se eu tivesse o respaldo legal, sim." (Enfermeiro 1)

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um avaliou como boa, outro, como nem ruim e nem boa, um como ruim e dois como muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: tempo de espera prolongado, inexistência de contrarreferência, pactuação com outros estados, reduzindo o número de vagas para residentes locais, muitas vezes a aceitação de encaminhamento realizado apenas pelo médico e a desestruturação da rede.

> "O paciente pode ser atendido na policlínica tanto via SISREG quanto por demanda espontânea. [...] Porque no SISREG a gente pode ter essa classificação: azul, verde, amarelo e vermelho. Mas ele não nos dá a data, a gente não sabe o quanto vai demorar... dois meses, três meses?! Aí, às vezes, ele indo lá*[na policlínica]* direto, consegue mais rápido". (Enfermeiro 5)

Além das dificuldades já citadas, um entrevistado relata que o fato de o sistema ser digital, para ele, é um ponto negativo; a prefeitura forneceu o modem de internet, mas a operadora não tem sinal na unidade. Neste caso o profissional solicita as vagas de encaminhamento pelo computador pessoal, em sua residência, ou se desloca até o Departamento de Atenção Básica (DAB) para ter acesso ao sistema (Enfermeiro 4). As especialidades consideradas mais difíceis na obtenção de encaminhamentos foram: neurologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e especialidades cirúrgicas, em geral.

Sobre com quais tarefas clínicas os enfermeiros gostariam de gastar menos tempo, todos afirmam que o tempo não poderia ser reduzido com nenhuma tarefa clínica, sendo que três acreditam que o tempo desprendido com o serviço administrativo/burocrático é que deveria ser diminuído.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, todos afirmaram estar sobrecarregados: quatro porque desempenham o trabalho de outros profissionais; três porque a demanda é alta; e um porque trabalha além da carga horária.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todos os enfermeiros afirmaram que realizam consulta/discussão de casos com outros profissionais de saúde (não enfermeiros), consultam protocolos clínicos, livros e artigos e participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Três realizam consulta/discussão de casos com outros enfermeiros. Dois utilizam o recurso telessaúde. Outras citações foram: busca em websites, como *Google*, e realização de cursos à distância.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do enfermeiro para o técnico de enfermagem. Neste caso todas as entrevistadas afirmam que os técnicos não poderiam ‘renovar prescrição médica’, ‘prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica’, ‘solicitar e interpretar exames de imagem’, ‘prescrever tratamento para vulvovaginites’, ‘realizar pré-natal de baixo risco’ e ‘inserir sonda de demora’. A realização e interpretação do resultado de “Papanicolau”, bem como a realização de consulta de puericultura e a inserção de sonda nasoentérica foram citados por três enfermeiros como ‘Não poderia ser realizada por técnicos’. As atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram: realizar acolhimento de casos agudos, retirar pontos e realizar curativos. Para estes houve divergência de respostas quando questionadas sob qual nível de supervisão autorizariam

(direta, indireta ou sem supervisão). Para os demais procedimentos houve divergência de respostas. Outros procedimentos foram citados: realização de teste do pezinho, aplicação de vacina BCG e teste de hanseníase.

Um dos entrevistados contou que, quando o município realiza capacitação para os técnicos de enfermagem, estes profissionais geralmente não comparecem, por receio de as atribuições relacionadas aos temas abordados serem transferidas a eles.

Dentistas

Foram entrevistados dois dentistas durante o campo. A 'Dentista 1', entrevistada em Várzea Grande, era do sexo feminino, 45 anos de idade, natural de Nortelândia/MT e residente em Várzea Grande/MT, onde foi realizada a entrevista. Graduou-se em Cuiabá e especializou-se em endodontia. Trabalhava há oito meses tanto na APS quanto na UBS onde foi realizada a entrevista. Sua carga horária semanal era de 40 horas e o vínculo era como contrato temporário com a administração pública. Atuava também em um consultório particular em Várzea Grande/MT.

O 'Dentista 2', entrevistado em Cuiabá, era do sexo masculino, 39 anos de idade, natural de Curitiba/PR e residente de Cuiabá/MT. Graduou-se em Presidente Prudente/SP e especializou-se em endodontia e em saúde pública. Trabalhava há treze anos na APS, sendo três meses na unidade em que foi realizada a pesquisa. Sua carga horária semanal também era de 40 horas e seu vínculo era como estatutário. Afirma não atuar em outro local.

O perfil dos pacientes atendidos pelos entrevistados foi semelhante. Ambos atendem desde adolescentes até idosos, sendo que o 'Dentista 1' atendia também crianças. Os profissionais não atendiam pacientes em situação de vulnerabilidade, exceto 'Pessoas que vivem em situações de pobreza', relatado pela 'Dentista 1'. Quanto aos pacientes portadores de doenças crônicas atendidos, ambos citaram pacientes diabéticos, hipertensos, cardiopatas e obesos. Pelo menos um deles atendia também pacientes com câncer, pessoas que vivem com HIV/AIDS, dependentes químicos, portadores de deficiência física, pacientes com necessidades especiais e portadores de sofrimento mental.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 29 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos mais 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, 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 os dentistas, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática cotidiana. Entre os procedimentos apresentados, 72,4% (n=21) são realizados por pelo menos um dos dentistas na atenção primária. Do total de respostas 51,7% foram assinaladas como 'Faz na UBS', 39,7% em 'Não faz, mas sabe fazer' e 8,6% em 'Não faz, e não sabe fazer'. Entre os procedimentos citados como 'outros', ambos apontaram ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Houve divergência de respostas em apenas seis procedimentos: Para 'Extração de dente incluso', 'Cirurgia periodontal', 'Polimento coronário' e 'Radiografia' um dos profissionais afirmou realizar na UBS enquanto o outro, não. 'Biópsia' e 'Tratamento ortodôntico preventivo' ambos não realizavam, mas o que variou foi o fato de saberem ou não realizar o procedimento. Entre os procedimentos que os dentistas não sabem realizar, apenas 'implante dentário' foi citado por ambos os profissionais.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

- Anestesia;
- Restauração direta;
- Raspagem subgengival;
- Raspagem supragengival;
- Restauração atraumática;
- Sondagem de bolsa (periodontal);
- Tratamento periodontal;
- Atendimento de urgências;
- Aplicação tópica de flúor;
- Extração de dente decíduo;
- Extração de dente permanente;
- Sutura.

Os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Clareamento;
- Coroa (prótese fixa e unitária);
- Próteses removíveis;
- Implante dentário;
- Biópsia;
- Tratamento ortodôntico corretivo;

- Cirurgia periapical;
- Pulpotomias;
- Endodontia unirradicular;
- Endodontia de molares;
- Moldagem; e
- Ortodontia preventiva.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos dentistas foi alto. Um único procedimento foi assinalado por um entrevistado como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-lo: 'endodontia de molares'. O mesmo ocorreu com um nível de confiança 'médio', em que o único procedimento assinalado por um entrevistado foi 'clareamento'. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi por meio da graduação.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os dentistas sabem fazer, porém não realizam nas UBS a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada' foi relatada pelos dois entrevistados, enquanto um apontou 'não é do âmbito da atenção primária em Saúde' e outro afirmou que 'a política da unidade de saúde não permite a realização destes procedimentos'.

O 'Dentista 2' afirmou que não realiza atividades que são de responsabilidade de outros profissionais, mas relata que, em distritos mais afastados de Cuiabá, como existe a dificuldade de deslocamento para o centro da capital, os dentistas já confeccionam próteses. O 'Dentista 1' afirma que o trabalho na unidade em que atua "É bem dividido", mas conta que apenas no dia da entrevista começou a trabalhar com o auxiliar de saúde bucal, que não havia sido contratado anteriormente, para atuar na unidade. Ele mesmo desempenhava essa função.

Com relação à percepção dos dentistas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por dentistas especialistas eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, um afirmou que realizaria atendimento a pacientes com necessidades especiais, biópsia de lesões e raio-X. O outro dentista não vê essa possibilidade:

> "É porque eu sou da filosofia que atenção básica, pra quem trabalha com promoção e prevenção, o trabalho é muito grande. E eu acho que tem que ser distinto mesmo, porque quando você mistura [...] o público muda! E eu falo que o público que eu atendo e o público que vai nessas clínicas do município é diferente. Aqui eu atendo [...] trabalhos que, de fato, são de promoção e prevenção. [...] Mas aí você muda o grupo. [*Se realizar atividades de especialistas*] Vai começar a chegar gente pra mim, aqui, pra arrancar dente, pra fazer abertura de dente que já tem que fazer tratamento de canal, não são grupos que precisam e, naquele momento, não querem nem saber de promoção

> e prevenção. Ele tá com dor, ele tá cansado, ele não tá dormindo direito! São outros problemas [...] aí tem que ser no CEO. (Dentista 2)

Sobre a realização de cirurgias, colocação de coroa e endodontia – como já ocorre na atenção primária dos Estados Unidos – um entrevistado se mostrou disposto, condicionando à capacitação e condições de trabalho. O outro afirmou ser difícil qualificar um profissional para a realização de todos estes procedimentos e é a favor de a especialidade ser atendidas nos CEOs:

> Aqui tem muitos distritos e que são de pessoas muito carentes. Mas a gente sempre tentou – tá certo que a dificuldade de deslocamento sempre vai existir – dar acesso a esses pacientes dentro dos CEOs. Dos CEOs mais próximos de cada distrito desses. (Dentista 2)

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, o entrevistado de Cuiabá afirmou ser boa, "mas sempre tem o que melhorar [...] tem os entraves, mas a gente busca a solução" (Dentista 2). Já o profissional que atua em Várzea Grande alega que é ruim, uma vez que não existe o serviço em seu município, somente em Cuiabá:

> Outro dia, pra eu conseguir encaminhar um paciente com lesão, tive que conseguir uma ficha de Cuiabá, entendeu? E a gente via que era uma lesão maligna. Então a gente tem que correr contra o tempo e fica de mãos atadas. (Dentista 1)

Sobre com quais tarefas clínicas os dentistas gostariam de gastar menos tempo, os entrevistados afirmaram que não desejariam reduzir o tempo com nenhum procedimento. O 'Dentista 1' afirma que reduziria apenas com tarefas que seriam delegadas ao auxiliar de saúde bucal, mas, no mesmo dia, um profissional com esta formação foi alocado na unidade.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, um alegou não estar sobrecarregado e o outro afirmou estar sobrecarregado, porque a demanda é alta.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, ambos os dentistas afirmaram que participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Um realiza consulta/discussão de caso com outros dentistas e com outros profissionais de saúde, bem como consultam protocolos clínicos, livros e artigos. Nenhum entrevistado utiliza o recurso telessaúde.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do dentista para o técnico de saúde bucal. Todos os entrevistados afirmaram que os técnicos não poderiam realizar:

- Anestesia;
- Preparo cavitário;
- Biópsia;
- Próteses removíveis (total ou parcial);
- Coroa (prótese fixa unitária);
- Raspagem subgengival;
- Restauração atraumática;
- 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.

'Raspagem supragengival' e 'aplicação tópica de flúor' foram autorizadas a serem realizas por técnicos, por ambos os dentistas. Houve divergência sobre o tipo de supervisão em que seriam submetidos. Os demais procedimentos apresentaram ainda mais divergências de respostas. Foram citadas, ainda, ações de promoção e prevenção em saúde bucal, sob supervisão direta do dentista.

Fisioterapeutas

Apenas uma fisioterapeuta foi entrevistada em campo. Ela possuía 29 anos, era do sexo feminino, residia, era natural e graduou-se no município em que foi realizada a pesquisa. Possuía curso de aperfeiçoamento em membros superiores. O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) era de 4 anos, assim como o tempo de atuação no estabelecimento visitado. O vínculo de trabalho era como contrato temporário com a administração pública, sendo que realizava 30 horas de trabalho semanal naquele estabelecimento. Atuava também em uma clínica particular, no mesmo município.

O perfil dos pacientes atendidos abrangia desde neonatos a idosos, exceto lactentes, e contemplava todas as condições e agravos de saúde propostos no questionário. Apenas não eram atendidos imigrantes, quilombolas, ribeirinhos, desabrigados e populações sazonais.

Foi disponibilizada à profissional uma lista de 30 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos mais e menos comuns de serem realizados na atenção primária para que a entrevistada indicasse se realizava ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabia 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 a fisioterapeuta está executando o que sabe fazer, de modo geral, na prática. Entre os procedimentos apresentados, 80% (n=24) são realizados pela profissional, na UBS:

- Acompanhamento/tratamento de pacientes com dor crônica;
- Reeducar assoalho pélvico;
- Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional;
- Realizar orientações ergonômicas para atividades diárias;
- Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia);
- Realizar práticas de cinesioterapia;
- Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências (neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas);
- Estimular precocemente o desenvolvimento neuromotor em crianças;
- Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças;
- Orientar os pais ou cuidadores quanto aos cuidados em casos de doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças;
- Estimular atividades funcionais com vistas ao crescimento e desenvolvimento da criança;
- Prevenir e tratar alterações posturais e musculoesqueléticas, características do “estirão do crescimento”;
- Prescrever órteses sem avaliação prévia de um ortopedista;
- Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses;
- Orientar e tratar disfunções cinesiológico-funcionais decorrentes de intervenções oncológicas;
- Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil;
- Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil;
- Acompanhar adolescentes com sequelas físicas decorrentes de acidente ou violência doméstica ou urbana;
- Identificar perda de sensibilidade em pacientes diabéticos (neuropatia diabética);
- Identificar perda de sensibilidade em pacientes com hanseníase;
- Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto ao manejo dos sintomas;
- Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER);
- Orientar quanto à prevenção de doenças osteomioarticulares relacionada ao trabalho (DORT);
- Realizar referência e contrarreferência.

Dos procedimentos listados, 13,3% (n=4) não são realizados, mas ela afirma saber fazer:

- Realizar ações de promoção e prevenção de lesões relacionadas ao esporte;
- Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório;
- Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto;
- Orientar a mãe quanto aos cuidados com o recém-nascido.

Apenas 6,7% (n=2) ela afirmou não saber executar: ‘realizar acupuntura’ e ‘orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas’.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pela fisioterapeuta foi médio e alto, sendo que apenas um procedimento não teve como principal forma de aprendizado a graduação.

Os motivos identificados na entrevista para não realização de procedimentos que a fisioterapeuta sabe fazer, porém não realiza na UBS foram ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’ e ‘não existe demanda para a realização destes procedimentos’.

A entrevistada afirma que não realiza atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde.

Com relação à percepção da fisioterapeuta sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos ela estaria disposta a realizar na atenção primária em saúde, ela afirma que faria prescrição medicamentosa e solicitação de exames, desde que recebesse treinamento adequado.

A profissional acredita que poderia conduzir qualquer atendimento dentro da área da fisioterapia sem que houvesse avaliação prévia de um médico: “Porque nós temos a liberdade de fazer o diagnóstico”.

Ela afirma que fisioterapeutas já indicam órteses, sem avaliação prévia de um médico:

> “Em alguns casos os médicos [*clínicos*] passam, mas não está de uma forma correta. Outros nós solicitamos sem o pedido deles mesmo. Hoje mesmo eu solicitei uma órtese”.

O tratamento de feridas profundas, utilizando técnicas como limpeza, cálculo da área lesionada, desbridamento e prescrição de curativo, já é realizado em países como o Canadá. A entrevistada afirma estar disposta a realizar este tipo de procedimento, desde que tenha conhecimento para tal.

Ao ser questionada sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, ela afirmou ser ‘nem ruim, nem boa’:

> “Quando, por exemplo, o paciente vem com um caso que não é muito específico e precisa de um ortopedista especialista ou tá com algum problema cardíaco, a gente faz uma ficha de encaminhamento [...] Aí ele procura a

> recepção e o rapaz direciona ou pro centro de especialidades médicas ou pra central de regulação, que manda pras outras unidades. [...] Eu não tenho retorno [...] Sei que eles conseguem, mas demora!"

Sobre com quais tarefas clínicas a fisioterapeuta gostaria de gastar menos tempo, ela afirmou que não gostaria de gastar menos tempo com tarefas clínicas, somente com burocracias. Ainda assim, considera-se sobrecarregada, porque a demanda é alta.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ela afirmou discutir caso tanto com outros fisioterapeutas quanto com outros profissionais de saúde, consultar protocolos clínicos, livros e artigos, bem como participar de atividades educativas ou programas de educação permanente. O recurso telessaúde não era conhecido pela profissional.

Psicólogo

Durante o campo foi realizada uma entrevista com uma psicóloga, do sexo feminino, 51 anos de idade, natural e graduada em São Paulo. É especialista em gerontologia social. Atua há 15 anos no estabelecimento onde ocorreu a entrevista, que antes de ser uma UBS era uma policlínica. Faz parte da equipe do NASF da unidade e é estatutária, com carga horária de 30 horas semanais. Além do trabalho na UBS, é concursada no governo do estado do Mato Grosso.

Por meio do NASF relatou atender mulheres, gestantes, homens, idosos, pacientes diabéticos, hipertensos, cardiopatas, pacientes com HIV/AIDS, dependentes químicos, portadores de deficiência física e de doença mental, além de pessoas que vivem em situação de pobreza, incluindo desabrigados.

Foi disponibilizada uma lista com 32 atividades em que o psicólogo foi indicado a informar se realiza, sabe realizar ou não sabe realizar, nível de confiança e forma de aprendizado. A entrevistada indicou realizar atualmente 17 atividades indicadas na lista, mas sempre em conjunto com toda a equipe do NASF.

Entre as atividades que a entrevistada sabe realizar, porém não os realiza na unidade onde atua incluem:

- Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias;
- Atendimento a pacientes em crise;
- Atendimento familiar e/ou casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico;

- Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais;
- Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência/ plantão psicológico;
- Supervisão de outros profissionais.

Em relação aos procedimentos que envolvem atendimentos e acompanhamentos psicólogos individuais e/ou em grupo, a mesma relatou que estes não são mais realizados na unidade:

> "Como NASF a gente não tem mais aquele atendimento frequente e individual com o paciente. Agora é apoio matricial, então a gente vai até as unidades que são da nossa referencia, a partir do momento que surge um problema, a gente vai estar lá para fazer um atendimento compartilhado, eu, o médico, o enfermeiro, o assistente social. Todos nos vamos fazer o atendimento daquele paciente que esta como problema. A gente vê a área, o que esta acontecendo, quais as áreas ele precisa ser ajudado. Porque às vezes o paciente tem um problema psicológico, mas também tem um problema social. Então é importante a presença dos dois para estar ajudando. E quando é necessário e eu vejo que o paciente precisa de fazer uma psicoterapia, como aqui a gente não faz mais, porque não é mais policlínica (...), então a gente encaminha para a unidade de referência. "

As atividades 'construção de projeto terapêutico singular ' e 'construção de projeto de saúde para a comunidade', ainda não são realizados na unidade, porém de acordo com a entrevistada estão em fase de planejamento.

Entre os procedimentos que a entrevistada 'não realiza e não sabe realizar' estão a:

- Prescrição de medicamentos psicotrópicos;
- Prescrição de medicamentos homeopáticos;
- Prescrição de medicamentos homeopáticos;
- Orientação (individual ou coletiva) quanto ao uso adequado de psicofármacos (ex: intoxicação/impregnação);
- Acompanhamento de pacientes com cuidados paliativos;
- Acompanhamento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Acompanhamento de crianças com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos.

Em relação a este último, a entrevistada informou que outra psicóloga da equipe é especialista nesta área. Já sobre a prescrição de medicamentos psicotrópicos, homeopáticos e fitoterápicos e orientação quanto ao uso de psicofármacos, a mesma indicou que não sabe realizar e que é contra "*eu particularmente sou contra, isto é o papel do psiquiatra. Se isso fosse votado hoje eu não ia querer*".

O nível de confiança indicado para a realização das atividades que a entrevistada realiza e/ou sabe realizar variou entre alto e médio, porém a entrevistada frisou que na maior parte das vezes depende do tipo de caso, não sendo possível afirmar qual o nível de

confiança para determinada atividade. A principal forma de aprendizado das atividades foi sozinha, a partir da prática profissional e por meio da graduação.

A entrevistada afirmou que realiza atividades de outros membros da equipe somente na ausência de algum dos profissionais.

> "Aqui a gente ajuda em tudo quanto é área. Se a assistente social não esta e você sabe dar a informação você ajuda o paciente. Mas não necessariamente tem que estar fazendo o trabalho da outra pessoa. Se você sabe a informação, porque você não vai dar? Mas isto não quer dizer que esta fazendo o trabalho de outra pessoa."

A psicóloga considera que não poderia realizar nenhuma atividade privativa do médico, afirmando que "*cada um tem que estar dentro no seu quadrado, eu não acho que tenho que me meter na área no médico e nem vice e versa*".

Ao ser introduzido um cenário em que a profissional é questionada se estaria disposta a prescrever medicamento psiquiátrico em áreas remotas e desassistidas, baseado em experiência Norte Americana, a mesma informou que não estaria, sendo que esta atividade deve permanecer privativa do psiquiatra. "*Eu tenho essa visão, remédio tem que ser como o psiquiatra. O psicólogo tem outra função no meu modo de ver*".

Em relação à disponibilidade de encaminhamento de usuários para serviços especializados, a entrevistada avaliou como boa, uma vez que nunca houve situação em que não conseguiu o atendimento.

Sobre sua atual condição de trabalho, não se considera sobrecarregada e não gostaria de gastar menos tempo com nenhuma tarefa clínica. No seu trabalho utiliza recursos como: discussão de casos com outros psicólogos e com outros profissionais de saúde e participação em atividades educativas e/ou programas de educação permanente.

Gestores de UBS

Foram entrevistados quatro gestores em campo, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade variou de 32 a 48 anos. Três eram formados em enfermagem, sendo que dois possuíam título de especialista (saúde pública e emergências em saúde pública); e um era formado em administração e não possuía título de especialista na ocasião da pesquisa. O tempo de atuação na APS variou de 5 meses a 16 anos, na UBS

em que trabalhavam na ocasião da entrevista, de 5 meses a 4 anos e como gestor, variou de 5 meses a 2 anos (Tabela 16).

Tabela 16: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

GESTORES				
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista	Cuiabá	Distrito de Cuiabá	Cuiabá	Várzea Grande
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	32	36	48	40
Tempo de atuação na APS	5 anos	1 ano	5 meses	16 anos
Tempo de atuação na UBS	3 anos	1 ano	5 meses	4 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	3 anos	1 ano	5 meses	2 anos
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Administração	Enfermagem
Possui título de especialista	Sim	Não	Não	Sim

*O nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Uma série de afirmativas sobre a ampliação das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária foi apresentada aos entrevistados para avaliarem a intensidade em que concordavam ou discordavam de cada afirmativa (Escala Likert de 5 pontos). As opções de resposta nesta seção foram agrupadas em concordo (concordo e concordo totalmente) e discordo (discordo e discordo totalmente). A seguir trataremos de cada afirmativa.

Todos os entrevistados concordam que **'a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas'** e o gestor 4 acrescenta: "Até pelo fato de que, aqui no município, não temos nada aprovado para o enfermeiro. Então a gente faz a consulta de enfermagem e não pode medicar, pedir um exame". Os entrevistados também concordam que '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária um qualificação especifica'**, sendo que um completou: "[...] e dar autonomia para as coisas que a gente já sabe" (Gestor 1).

Ao serem questionados se '**algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS'**, três concordaram, citando exemplos de pequenas cirurgias, suturas, pequenas urgências, tratamento de sífilis, aplicação de injetáveis (Gestor 1):

> "Aqui em Cuiabá vocês vão ter um choque [...] a atenção básica é restrita demais! Aqui a gente não faz uma sutura. Pra você ter uma ideia, hoje eu atendi uma mulher com Sífilis e tive que mandar ela pra atenção secundária pra tomar Benzetacil®. Eu não tenho nem injetáveis na atenção básica aqui. [...] Os

> gestores do passado entenderam que a atenção básica não faria esse tipo de trabalho, então tem uma portaria municipal impedindo a gente de realizar injetáveis aqui. A criança com um vômito, que você precisa resolver e não *tá* parando nada via oral, tem que resolver por via parenteral. [...] Você sabe o que tem que fazer: você tem que hidratar a criança e fazer ela parar de vomitar. Então, se tivesse aqui, você hidratava, aplicava o injetável e ela ia embora pra casa. Não! Agora você tem que mandar pra referência, porque só lá que tem injetáveis".(Gestor 1)

Exames de imagem, como raio-X (Gestor 4) e ultrassonografia (Gestores 2 e 4) também foram citados:

> "Poderia se eles tivessem as condições de trabalho. Porque muitas vezes eu não tenho nem um aparelho de pressão. E aí ele quer que eu resolva a situação aqui, só que não tem como. [...] Um ultrassom: se tivesse o aparelho a doutora faria aqui. Quantas vezes uma gestante espera pra fazer o ultrassom e quando a central [de marcação] libera a criança já tá nascendo?! [...] Aí dá a entender que aqui na ponta que não funciona, que não resolve, mas o problema *tá* lá!" (Gestor 2)

A mesma gestora conta que já teve casos de o exame de imagem demorar mais de dois anos para ser liberado e complementa: "Às vezes, quando você liga pra falar: "olha, tal exame tá autorizado!", ouve: "não precisa, essa pessoa já morreu!". A gente leva na *cara*! [...] É um desabafo doído, né?!". Um gestor discorda da afirmativa, e assegura que "Só encaminha o que não dá pra ser resolvido na UBS mesmo. Já fazem muita coisa!" (Gestor 3).

Três entrevistados concordam que '**a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas'** e um gestor discorda, alegando que o custo seria alto e teria que melhorar a estrutura do local para permitir que isso acontecesse (Gestora 2). O gestor 4, que concorda com a afirmativa, também aponta a estrutura da unidade como impeditivo para essa expansão.

Três gestores concordam que "**algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados**", citando atividades como prescrição de medicamentos protocolados e de anticoncepcionais (Gestor 1), prescrição de vermífugo e suplementação de ferro, que já são permitidos em unidades que têm a estratégia de saúde da família (Gestor 2), prescrição de determinados medicamentos, remoção de cerume e sutura (Gestor 4):

> "Muita coisa daria pra fazer, mas a gente tem o básico do básico. [...] Então a gente não tem condição de realizar isso. Por questão de infraestrutura, de material... Quase nunca tem gaze pra poder fazer algum procedimento. Então, assim, é muito precária a atenção básica. Eles falam tanto, assim: "O foco principal é a [atenção] básica. A [atenção] básica é tudo!" Mas eles não investem! [...] Então a gente ajuda com o que a gente pode fazer. Tem uma

> limitação na prática. [...] Por exemplo, eu não tenho *internet* na minha unidade. E tudo agora é via *internet*. Então não tem como! Ou a gente vê em casa ou eu vejo naquele modem que eu tenho vontade de quebrar aquilo ali. [...] Não dá! Aí a gente tem o e-SUS[4] pra fazer, mas faz como?" (Gestor 4)

Um gestor reclamou da falta de autonomia que os enfermeiros do município têm e afirmou que já realiza mais atividades que a maioria:

> "Na verdade aqui em Cuiabá o enfermeiro tem baixa autonomia. Eu sou um dos poucos mais autônomos, porque eu tenho peito. Porque a nossa lei do exercício profissional já nos permite fazer diversas coisas. Por exemplo, prescrever a Benzetacil®: são protocolos já aprovados. Então o médico escrever é a mesma coisa, porque já tá pronto, não vai ter mudança. Então todas essas coisas que já são protocoladas o enfermeiro, por lei, já pode ter essa atuação. Mas a gente vê muita resistência. Por exemplo, aqui os enfermeiros começaram a solicitar ultrassonografia pra gestantes há cerca de 6 meses, depois que a gente lançou um protocolo municipal, porque eles não solicitavam. O que eles faziam? Pegavam o papelzinho e levavam *pro* médico assinar. [...] Mas eu peço desde 2011 o ultrassom obstétrico e nunca foi negado. Por causa do meu exercício profissional, tá protocolado pelo Ministério. Agora que tem o protocolo do município o pessoal fica mais tranquilo. [...] Eu já ouvi colegas que falam: "Olha, cuidado com o que você faz!", e eu digo "Não, eu estou muito ciente de que eu estou exercendo minha profissão adequadamente, dentro da lei". Eu não faço nada que não está. Só faço o que tem protocolo, mesmo que eu saiba. [...] Se o enfermeiro atuasse como deveria atuar já ajudaria muito." (Gestor 1)

Um gestor não concorda, nem discorda; ele afirma que os enfermeiros devem fazer apenas o que o conselho permite.

> "No PSF o enfermeiro pode prescrever vermífugo para as crianças, prescrever suplemento de ferro; eu não posso, na unidade básica, por conta do protocolo do município. Tem um protocolo pro PSF e outro pro centro de saúde. São coisas bem bobas, mas eu não me atrevo a fazer, porque não tem nada que me respalda. Tem hora que você até sabe com o que medicar, mas como você vai medicar? Porque o usuário gosta quando você ajuda, mas no dia que não der certo ele vai te [prejudicar]. [...] Então, às vezes, eu até sei o que fazer, mas não faço por medo". (Gestor 2)

Se "**a expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos**", dois concordam, sendo que um ressalta que a população não aceita ser atendida pelo enfermeiro, em determinadas situações. O outro ainda diz:

> "A impressão que eu tenho é de que sempre o enfermeiro que acaba resolvendo tudo. [...] Porque médico sempre tem outras atividades, então nunca é dedicado exclusivamente para a unidade. Essa que é a verdade. [...] O enfermeiro não, ele passo o tempo inteiro aqui. Então chega paciente, ele que tem que resolver o problema dele, ele que tem que sanar as dificuldades que a unidade tem. Tudo é

[4]O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta estratégia faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.
Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php

> o enfermeiro! Médico só quer saber de pegar os prontuários já prontos, consultar e *benção*!" (Gestor 4)

Dois discordam da afirmativa e um justifica da seguinte maneira: "O enfermeiro não tem CRM. A formação dele não pode ser comparada à do médico" (Gestor 3). O gestor 1 afirma que tanto o enfermeiro quanto o médico tem muitas atuações em comum na atenção básica, e que, nestes casos, poderia compensar. Mas completa: "Mas eu preciso de médico na atenção primária pra ter uma equipe. Não posso falar que o enfermeiro vai substituir o médico de forma alguma".

Também foi perguntado aos entrevistados se '**algumas atividades executadas por dentistas em centros de especialidades odontológicas, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária'**. Três concordam com esta afirmativa, citando como exemplo o tratamento endodôntico (Gestores 2, 3 e 4) e extração de siso (Gestor 3). Um gestor preferiu não opinar, uma vez que desconhece atividades relacionadas à odontologia. Este afirma que em sua unidade não existe profissional de saúde bucal e todos os pacientes que necessitam de atendimento são encaminhados pelo médico – uma vez que o enfermeiro não tem autorização para realizar tal encaminhamento – ou orientados a procurar a demanda espontânea do serviço de saúde bucal.

Todos os gestores concordam que '**cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica**': "Cada município tem necessidades diferentes do outro" (Gestor 2). O gestor 1 completa:

> "Você pode pegar o próprio protocolo do ministério e ampliá-lo. Por que não? Se você resolve dar um treinamento mais específico pra sua equipe, trazer um profissional mais adequado [...]. O Ministério traz o mínimo que, ultimamente, eu já tenho achado muito bom".

Eles concordam também que **'O Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica'**, mas um faz uma ressalva: "[...] não dá pra ele definir totalmente sendo que ele não está vendo a realidade aqui na ponta (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'**, três concordam e um não concorda, nem discorda, alegando que existe a habilidade e a capacidade

individual do profissional, mas também existe a parte legal, que deve ser levada em conta para se delegar tarefas.

Três entrevistados concordam que '**a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos deve respeitar os limites estabelecidos por Lei'**. Um discorda e afirma que a delegação deve se dar de acordo com a necessidade da população (Gestor 2).

Sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, se o Conselho Profissional ou Ministério da Saúde, três acreditam que o Ministério da Saúde é quem deveria ter a palavra final: "Se o Conselho Profissional determinar o que pode ou não pode fazer, como vai ficar o usuário? Ele vai determinar: "você pode fazer isso, isso e isso". E a população vai ficar como?" (Gestor 3). Um deles afirma que o Conselho também deveria ser ouvido; e outro afirma que a palavra final deveria ser dada em conjunto.

Já se '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão**', apenas um concorda. Outro, que discorda, afirma que "Seria necessário mais uma capacitação dos profissionais" (Gestor 3).

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. Com relação à cardiologia, os gestores citaram algumas atividades como hipertensão compensada (Gestores 1, 3 e 4), diagnóstico de arritmias, através do envio do eletrocardiograma por telessaúde (Gestor 1), sopro (Gestor 4) e eletrocardiograma (Gestores 1, 3 e 4), sendo que este último, para um dos entrevistados, "[...] até mesmo um profissional da enfermagem poderia estar fazendo" (Gestor 3).

> "[...] sempre vai precisar de exames. Aí ele pode pedir, ele faz isso, mas a gente tem dificuldade com exame no município [...]. A demora é muito grande pra conseguir. [...] Então eles preferem mandar pro cardiologista, porque já é especialidade dele, pra ver em que ele pode ajudar o paciente. Porque ele tem dificuldade com o retorno para exames. [...] Mas mesmo a consulta com o cardiologista demora [...] mais de meses". (Gestor 4)

Em relação à oftalmologia, os gestores citaram doenças infectocontagiosas oculares (Gestores 1 e 4) e triagem de acuidade visual, se tivesse a Tabela de Snellen na UBS (Gestores 2, 3 e 4). Os outros casos devem ser encaminhados para o especialista, "[...]

por causa da aparelhagem toda" (Gestor 1). O gestores 3 e 4 afirmam que têm pacientes aguardando há mais de 1 ano uma consulta com esses especialistas. O gestor 2 confirma essa informação e acrescenta:

> "Tem paciente que *tá* aguardando uma consulta com *oftalmo* já tem dois anos. Então se tiver uma pressão alta ocular vai perder a visão e não vai conseguir. É coisinha que dá pra se resolver [...] Eu acredito que é por falta de profissional no mercado pra atender a demanda, porque a demanda é grande, mas a mão de obra é pouca". (Gestor 2)

O gestor 4 conta que realiza triagem de acuidade visual nas escolas, mas não consegue o encaminhamento. Ele afirma ainda que, devido ao tempo prolongado de espera para oftalmologistas, os pacientes, muitas vezes, optam por pagar uma consulta particular.

Entre os casos referentes à ortopedia, foram citados lombalgias (Gestores 1, 2 e 4), dores articulares e musculares (Gestor 1), torções (Gestor 4), fraturas (Gestor 2) e realização de raio-X (Gestor 3). Este afirma que já tem raio-X, mas está parado há mais de cinco meses; a intenção é reativá-lo, em breve. "Ortopedista tem muita demanda reprimida, assim como o oftalmologista. Demora anos [para se conseguir uma consulta com estes especialistas]" (Gestor 1).

Foi solicitado aos entrevistados que também indicassem quais casos clínicos frequentemente encaminhados para outras especialidades poderiam ser resolvidos nas UBS, em que foram citados procedimentos como coletas de sangue e nebulização (Gestor 4), casos da neurologia – como cefaleia e suspeita de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – e da endocrinologia – como hipotireoidismo (Gestores 1 e 4).Outros profissionais não médicos foram citados, a exemplo de atividades dos nutricionistas e dos psicólogos (Gestor 4).

De acordo com os entrevistados, estes casos não são resolvidos na unidade porque há uma dificuldade de acesso à rede de apoio diagnóstico, a cultura da população não permite, acreditando que o especialista é sempre melhor (Gestor 1) e ainda por falta de material e estrutura adequada (Gestores 2 e 4).

Por fim, foi solicitado aos gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. Foram apontadas como vantagens: maior cuidado com os usuários; melhor resolutividade da APS, reduzindo tempo de espera para o atendimento; redução do fluxo

para atenção secundária, aumentando a qualidade deste serviço. As desvantagens foram citadas apenas pelo gestor 1, que prevê o aumento da demanda na APS, sem que haja aumento de recursos humanos e insumos. O gestor 3 afirma que apenas com a prática poderá observar as desvantagens.

Usuários

Foram entrevistados seis usuários do SUS, de ambos os sexos, em três UBS diferentes, uma em Várzea Grande e as outras em Cuiabá. A idade dos entrevistados variou entre 24 e 62 anos e a renda mensal pessoal máxima identificada foi de três salários mínimos, sendo que um dos usuários relatou não receber qualquer tipo de renda mensal. A escolaridade dos entrevistados oscilou desde Ensino Fundamental incompleto até a formação incompleta no Ensino Superior. Somente um dos usuários possuía plano privado de saúde (*PAX Nacional*) à época da realização da pesquisa (Tabela 17).

Tabela 17: Perfil dos usuários entrevistados – Campo Cuiabá – Abril, 2016.

	USUÁRIOS					
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade (anos)	59	28	49	41	24	62
Escolaridade	1° grau incompleto	Superior incompleto	2° grau completo	Superior incompleto	Superior incompleto	1° grau incompleto
Renda mensal (salários mínimos)	1 a 3	1 a 3	Nenhuma renda	1 a 3	Até 1	Até 1

*Oº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Todos os usuários já haviam buscado atendimento de saúde anteriormente nas unidades de saúde onde foram realizadas as entrevistas. Entre os motivos para a procura, no dia da entrevista, pelo serviço de saúde, foram citadas razões agudas, como febre, motivos diversos, como troca de curativo e consulta de rotina, e situações crônicas de saúde, como diabetes e hipertensão.

Do total de entrevistados, a metade relatou já ter tido sua demanda em saúde resolvida ao procurar por profissional não médico na UBS. Em dois desses casos, o enfermeiro foi o profissional procurado, apontado como aquele que solucionou o problema de saúde dos usuários; no outro caso, o profissional referido foi o farmacêutico.

Uma série de situações de atendimentos em saúdena atenção primária, em que pressupunha, extraordinariamente, a ausência do médico na UBS, foi apresentada aos entrevistados, para que estes afirmassem como gostariam de ser atendidos. Em situação específica de suspeita de doença viral e coleta de exames para confirmação de resultado enquanto hipoteticamente recebia hidratação endovenosa, um dos entrevistados respondeu que gostaria de ser atendido pelo profissional *"mais capacitado da unidade"*, ao passo que outro usuário preferiria o atendimento com o técnico de enfermagem; Os outros quatro usuários responderam que desejariam ser acompanhados pelo enfermeiro da UBS; entre esses, dois ainda relataram que poderiam ser consultados também pelo técnico de enfermagem.

Em circunstância de presença de sintomas de tosse há uma semana, quatro usuários afirmaram que prefeririam aguardar mais dois dias por uma consulta com o médico, enquanto os outros dois consultar-se-iam com o enfermeiro no mesmo dia.

Em hipótese de fortes e frequentes dores de cabeça, a maioria, equivalente a quatro entrevistados, optaria pelo atendimento realizado pelo enfermeiro no mesmo dia, sendo que desses, três afirmaram que fariam uso de medicamento antiinflamatório prescrito por esse profissional durante a consulta realizada, enquanto os outros dois decidiriam por serem consultados pelo médico da UBS após três dias.

Por fim, em caso de queixa de dor nas costas há uma semana, a maioria, equivalente a cinco entre os usuários, afirmou que preferiria a consulta com o fisioterapeuta no mesmo dia, enquanto somente um dos entrevistados escolheria a consulta médica após três dias.

Ao ser questionado quanto o nível de confiança durante a consulta com profissional não médico e utilização de tratamento prescrito nesse atendimento, o usuário poderia afirmar sentir-se mais confiante, nem mais nem menos confiante e não saber responder à pergunta realizada. Entre os entrevistados, cinco afirmaram sentirem-se mais confiantes ao saber que o profissional está autorizado pela lei para aquele tipo de atendimento, enquanto outro relatou que não se sentiria nem mais nem menos confiante.

Saber que o profissional tem formação para consultar e receitar o tratamento faria com que cinco usuários se sentissem mais confiantes, enquanto apenas um relatou que não se sentiria nem mais nem menos confiante.

Saber que o profissional trabalha junto com o médico de referência do usuário, faria um dos entrevistados se sentir nem mais, nem menos confiante, e os cinco restantes mais confiantes.

Todos os entrevistados responderam que se sentiriam mais confiantes na hipótese de saber que o profissional é especialista na doença desses usuários em questão.

O fato de o profissional seguir o manual da unidade de saúde faria dois dos entrevistados sentirem-se nem mais, nem menos confiantes, enquanto os outros quatro se sentiriam mais confiantes.

Saber que o profissional conheceria previamente o caso por meio da ficha do usuário, faria com que cinco entrevistados sentissem-se mais confiantes, enquanto apenas um se sentiria nem mais, nem menos confiante.

Por fim, supondo que o profissional receitasse medicamentos há muitos anos, cinco entre os usuários afirmaram que se sentiriam mais confiantes diante desse fato, enquanto apenas um relatou que se sentiria nem mais, nem menos confiante.

Entre as circunstâncias que fariam os entrevistados voltarem para consulta com o médico, um dos usuários citou que em caso de dor intensa procuraria por esse tipo de atendimento; outro relatou em caso de cirurgia; e por fim, quatro entre os entrevistados afirmaram que somente retornariam para a consulta médica se o problema de saúde não tivesse sido resolvido.

2.2. CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL – ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS

Durante o campo na Baixada Cuiabana, foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da atenção primária em saúde, médicos especialistas oftalmologistas e ortopedistas-traumatologistas, representantes de cooperativas e sociedades médicas, sindicato e Conselho Regional de Medicina (CRM) (Tabela 18).

Tabela 18 – Relação de entrevistados – Baixada Cuiabana, 2015.

Entrevistados	N
Ortopedistas	6
Oftalmologistas	8
Cooperativas	5
Sociedade	1
Sindicato	1
CRM	1
Total	31

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015.

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório isolado

Foi entrevistada uma Oftalmologista, que juntamente com sua mãe são donas do estabelecimento privado e sem vínculo no SUS. Ambas especialistas autônomas sem intermediação. Para procedimentos cirúrgicos, tem parcerias com alguns hospitais de Cuiabá. Atendia em média quatro pacientes por dia. Notamos que sua consulta era uma das mais caras do município (R$ 400,00).

O segundo consultório isolado visitado estava cadastrado no CNES como clínica especializada. Entretanto, apenas dois médicos ortopedistas atuavam no local, com carga horária de 30 horas semanais, como autônomo sem intermediação e sem vínculo SUS. O médico entrevistado também atuava no hospital localizado ao lado do consultório.

Clínica especializada/Ambulatório de especialidade

Em Cuiabá foram visitados cinco estabelecimentos caracterizados como "Clínica especializada/Ambulatório de especialidade", dos quais um era estabelecimento público, dois privados com vínculo SUS e dois privados sem vínculo SUS.

O estabelecimento público oferecia atendimento ambulatorial para várias especialidades médicas, em que foram entrevistados um oftalmologista e um ortopedista. No CNES estão registrados quatro oftalmologistas, todos com vínculo SUS e carga horária de 20 horas semanais, sendo dois estatutários e dois contratados. Também estão registrados quatro ortopedistas com carga horária de 20 horas semanais, dos quais três são contratados e um é estatutário. A partir dos relatos dos entrevistados e observação dos pesquisadores, verificou-se que o estabelecimento encontra-se em condições precárias, com falta de material, infraestrutura e medicamentos. O ortopedista entrevistado no local relatou durante a entrevista que realizava procedimentos como infiltração intra-articular, mas que não o faz mais por falta de infraestrutura.

> Falta seringa, agulha, às vezes não tem medicação. Aí tem que pedir para o paciente comprar a medicação e trazer aqui. É meio chato para o médico. Aí eu não faço mais. Na rede do SUS eu não faço, pois não tem a medicação e tem que pedir para o paciente.

Foram entrevistados também dois oftalmologistas de clínicas especializadas privadas com vínculo SUS. A primeira tratava-se de uma clínica sem fins lucrativos, em que estão registrados 13 oftalmologistas, dos quais doze possuem vínculo de autônomo, nove sem e três com intermediação, e apenas um é contratado. Sete oftalmologistas realizam a parte clínica, enquanto cinco ficam responsáveis pelas cirurgias. A carga horária dos profissionais variou de 5 a 40 horas, com uma média de 14,2 horas semanais. Este estabelecimento realiza consultas oftalmológicas exclusivamente a pacientes de Cuiabá, mas faz o tratamento cirúrgico de todo estado e outras regiões do país. É referência, atualmente, em cirurgia de catarata, no estado do Mato Grosso, realizando de 200 a 400 consultas por mês.

A segunda era uma clínica com quatro oftalmologistas registrados, todos autônomos sem intermediação, sendo três profissionais com carga horária de 20 horas e um com 16 horas semanais. A clínica atende média e alta complexidade.

Por fim foram realizadas entrevistas com um oftalmologista e um ortopedista em clínicas privadas, sem vínculo SUS. O primeiro tratava-se de uma clínica que oferta até alta complexidade. Atende exclusivamente pacientes com demandas oftalmológicas de planos de saúde e particulares. Dentre os convênios o entrevistado destacou a UNIMED como a maior, em Cuiabá. Destacou também a PAX, um plano funerário originalmente, que contudo oferece cupons de descontos para atendimento em locais de saúde credenciados àqueles filiados a esse formato de plano de saúde. Nesta clínica estão registrados no CNES três oftalmologistas, dois com carga horária de 40 horas e vínculo de autônomo sem intermediação e um com carga horária de 20 horas e vínculo de autônomo intermediado. Além dos oftalmologistas, um médico dermatologista atua no local.

A segunda clínica atende exclusivamente pacientes com demandas ortopédicas de planos de saúde e particulares, sendo a grande maioria dos pacientes proveniente do convenio do estado MT Saúde. Possui onze vínculos de ortopedistas, sendo todos caracterizados como autônomo intermediado. Além de ortopedistas a clínica possui cirurgião geral e cirurgião vascular. A carga horária semanal dos especialistas variou de 5 a 15 horas, com média de 8,6 horas semanais (CNES, 2015)

Hospital geral

Foram visitados três estabelecimentos caracterizados como “Hospital Geral”, dos quais dois se situavam em Cuiabá e um em Várzea Grande.

O primeiro hospital visitado foi o Hospital Universitário, público, de alta complexidade e que possuíacinco vínculos de ortopedistas e 12 de oftalmologistas (CNES, 2015). Dos oftalmologistas, dois são estatutários, três são contratados e sete são celetistas.Dos ortopedistas, quatro são celetistas e um estatutário. A carga horária dos especialistas variou de 4 a 40 horas, com uma média de 22,2 horas semanais. Neste cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, sendo um residente do segundo ano.

O segundo hospital público tinha seis oftalmologistas registrados, sendo quatro estatutários e dois contratados, e dez ortopedistas, sendo sete estatutários e três contratados. A carga horária de todos os profissionais era de 20 horas, exceto de um ortopedista, cuja carga horária registrada era de 40 horas semanais e que foi o

profissional entrevistado. A estrutura era bem precária, superlotado com várias pessoas acamadas nos corredores, recebia muitos pacientes de vários municípios da região e estado.

O terceiro hospital estava situado na cidade de Várzea Grande e, dentre as especialidades estudadas, possuía apenas ortopedia. Este também era um hospital público que prestava serviços de média e alta complexidade. Estavam registrados 25 ortopedistas no CNES, todos autônomos, dos quais 23 sem intermediação. A carga horária variou de 4 a 60 horas, com média de 15,4 horas semanais. Neste local foi entrevistado um especialista.

Hospital especializado

O estabelecimento de saúde considerado "Hospital especializado", pelo CNES, é de natureza privada e possui sete oftalmologistas cadastrados com vínculo SUS, dos quais um é celetista e os demais autônomos sem intermediação. Além disso, estão registrados 17 ortopedistas, todos com vínculo SUS, dos quais a grande maioria (14) é autônomo sem intermediação, um é celetistas e dois estão cadastrados como "outros". Os profissionais possuem carga horária entre 4 e 20 horas. Com média de 12 horas/semanais. Neste local foi entrevistado um oftalmologista.

Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho

Para entender a atenção especializada e os arranjos de trabalho desempenhados por médicos especialistas na região, foram entrevistados, além dos gestores, dos profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da Associação Mato-grossense de Oftalmologia, vinculada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a presidente do Sindicato dos Médicos do Mato Grosso (SINDIMED-MT), a coordenadora do Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá, a coordenadora do Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (CERMAC), a presidente do Conselho Regional de Medicina do estado (CRM-MT), representantes de cooperativas de especialidades médicas: UNIMED, COOPANEST, COOPERMED, e representantes do grupo Femina, que compõe o corpo clínico e administrativo do

hospital de mesmo nome, especializado na saúde da mulher e da criança. Não foi possível realizar a entrevista com o representante da SBOT-MT, já que mesmo após o agendamento, este, extraordinariamente, não pôde receber a equipe de pesquisa.

De acordo com a presidente do SINDIMED-MT, devido às características geográficas do Mato Grosso, somadas às condições de transporte e locomoção no interior do estado, que corroboram para uma integração deficitária entre os municípios mais remotos e os grandes centros, são comuns os contratos precários com médicos nessas pequenas cidades, onde eles chegam a receber salários de até 70 mil reais. A entrevistada relata que em relação à capital, a prefeitura afirma possuir um quadro com o total de 720 médicos. Desse total, segundo ainda a entrevistada, cerca de 45% dos médicos de Cuiabá possuem vínculo estatutário, sendo que há mais de 10 anos não se realiza concurso público com edital para carreira médica. Ainda de acordo com os dados do Sindicato, a principal forma de organização profissional na região é por meio da contratação dos grandes grupos de médicos especialistas, que remuneram os prestadores por meio de plantões. Estes grupos são pessoas jurídicas constituídas por vários sócios de uma mesma especialidade médica, e que prestam serviço também ao estado e à prefeitura. Existe uma única instituição na região gerenciada via EBSERH, o Hospital de alta complexidade, São Benedito. A entrevistada destaca a sua visão da existência de um sucateamento das condições e arranjos e relações de trabalho:

> Nessa conjuntura de precariedade, temos uma massa de prestadores e concursados que são contratados diretamente pela prefeitura que estão sendo empurrados para um abismo, evidentemente empurrados para desistir do serviço público – perseguição, baixos salários, quem está na empresa ganha mais (...) não dá condições de trabalho pra você desistir. Há um sucateamento proposital do SUS aqui (...)

A presidente do SINDIMED-MT afirma, além disso, que devido a essa forma de arranjo via pessoa jurídica, há médicos desempregados na região, em geral recém-formados, pois a prefeitura não tem contratado médicos de forma direta, apenas por meio dos grandes grupos de médicos especialistas, que na opinião da entrevistada, são os principais atores na definição e negociação da contratação médica atualmente na região "No geral, o intuito é terceirizar o máximo". Segundo ainda os dados do Sindicato, existe, atualmente, um déficit de 44 médicos nos serviços de urgência e emergência da capital. A Neurologia e a Psiquiatria são as especialidades apontadas como escassas na região.

São 1000 médicos sindicalizados ao todo, em um universo de 5000 profissionais no estado. De acordo com a entrevistada, a partir do início dos anos 2000, houve uma mudança no quadro de médicos da região; até então, eram poucos profissionais com múltiplos vínculos. Entretanto, com o aumento do número de escolas de medicina no estado, a quantidade de médicos tem aumentado significativamente, e muitos destes têm optado por se manter apenas no mercado privado em saúde, onde encontram melhores condições de trabalho. O sindicato defende como melhor forma de arranjo profissional, o plano de cargos e carreiras federal para os médicos.

Os hospitais particulares tem seu corpo clínico organizado por meio de cooperativas médicas, que reúnem diversas especialidades. As principais cooperativas hospitalares da região são as respectivas aos Hospitais São Mateus, Santa Rosa e Jardim Cuiabá. Estas cooperativas são as responsáveis pelo faturamento dos honorários médicos, seja via convênios de saúde ou particular. O corpo clínico é aberto, e os grupos atuam também em outras instituições além desses hospitais. A forma de remuneração é exclusivamente por produtividade. A entrada dos profissionais é por livre adesão, a partir de apresentação de documentação mínima exigida (CRM ativo, título da especialidade). A cooperativa do Hospital Jardim Cuiabá, COOPERMED, conta com um quadro de 150 médicos cooperados. Segundo a responsável técnico-administrativa da cooperativa entrevistada, a rotatividade de profissionais é baixa. Contudo, ela revela que os médicos fixam-se principalmente quando em início de carreira, depois de dois a três anos atuando pela cooperativa, muitos se desligam, devido aos baixos valores das tabelas dos convênios de saúde.

A COOPANEST-MT, Cooperativa de Anestesistas do Mato Grosso, fundada em 1995, é responsável exclusiva pela cobertura do serviço de anestesiologia na região, atuando de forma semelhante às firmas compostas por sócios, médicos especialistas. Os cooperados são apenas anestesistas, associados obrigatoriamente à SOMA (Sociedade Matogrossense de Anestesiologia), vinculada à SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia). A cooperativa abrange todo o estado do Mato Grosso, mas de acordo com a responsável administrativa entrevistada, possui, atualmente, fora de Cuiabá, contratos apenas nos municípios de Barra do Bugres, Sorriso e Colíder, já que o contrato no município de SINOP foi desfeito. A maioria dos especialistas do estado são cooperados, apenas alguns poucos fixados no interior não compõem o quadro clínico da instituição. Não há estratégia para atração/ captação de profissionais, contudo a

entrevistada afirma que no interior do estado, a cooperativa oferece casa alugada, carro e passagem aérea como forma de manter os médicos atuantes nessas regiões. A cooperativa é composta por cooperados tanto pessoa física quanto pessoa jurídica, que recebem valores variados por plantão, de acordo com cada contrato. O faturamento dos atendimentos via convênio particular de saúde é feito via cooperativa, exceto àqueles referentes à Unimed.

A Unimed Cuiabá conta com cerca de 1300 médicos cooperados e é, em nível local, a maior do ramo. São aproximadamente 220 mil clientes com uma rede de laboratórios, clínicas e hospitais. De acordo com o coordenador da cooperativa entrevistado, a Unimed Cuiabá é atualmente referência nacional no Sistema Unimed, considerada uma das maiores experiências cooperativista na área da saúde. No total, são 1338 médicos cooperados, 133 clínicas credenciadas, 21 hospitais credenciados, 51 laboratórios credenciados, 37 credenciados Pessoa Jurídica (PJ), 11 médicos no interior, 17 serviços "tabela alto custo" e sete hospitais no interior do estado.

O Centro de Especialidade Médica (CEM) de Cuiabá conta com um quadro composto por 56 médicos, entre contratados temporários (seis meses) e efetivos, que trabalham com o cumprimento de carga horária de 20 horas, em uma cobertura de 30 especialidades. O CEM atende, atualmente, a população de todo o Mato Grosso, encaminhada via central de regulação, pelo sistema SISREG. A coordenadora aponta, principalmente, a escassez de neurologistas e cardiologistas.

De acordo com a entrevistada, a rotatividade de profissionais no CEM é baixa, "o médico mais novo está na rede conosco há 9, 10 anos". Ela acredita que tal fato deve-se à estabilidade da carreira estatutária. No entanto, ao ser questionada especificamente sobre os profissionais contratados de forma temporária, afirma que existe uma alta rotatividade destes médicos. A contratação é exclusivamente via Secretaria de Saúde.

Ainda segundo à coordenadora, o Centro de Especialidade Médica enfrenta uma sobrecarga de encaminhamentos "mal feitos", "O médico do posto de saúde não faz uma triagem com o paciente". Em relação à sobrecarga de encaminhamentos aos oftalmologistas (total de sete na instituição), ela afirma que "Oftalmo, às vezes é uma sujeirinha no olho, que o clínico pode fazer. Porque o clínico estuda tudo, uma parte de tudo ele sabe um pouquinho, então eu já coloquei isso para o secretário (...)". Já em

relação aos encaminhamentos desnecessários aos ortopedistas, em um total de oito no corpo clínico, “ortopedista: manda, vem do posto de saúde pra trocar receita de diabetes, problema de osteoporose, de pressão – Ah, doutor, eu tô com dor em tudo, meu remédio de pressão acabou...”

Apesar disso, a entrevistada revela a baixa produtividade do CEM, em torno de 5 a 7 mil consultas por mês, com uma possibilidade de realizar entre 15 a 20 mil, de acordo com a estrutura e corpo clínico da instituição. Os atendimentos eram realizados, anteriormente, por produtividade, mas houve uma readequação, nessa gestão, para carga horária semanal, de 20 horas. Além disso, de acordo com a entrevistada, a taxa de absenteísmo das consultas agendadas via SISREG é altíssima, e a gestão tem desenvolvido um projeto de instalação de um *call center*, que será responsável pela marcação e confirmação das consultas, na tentativa de reduzir as taxas de absenteísmo.

Com relação em especial aos oftalmologistas, o presidente da Associação Mato-Grossense de Oftalmologia, afirma que existem, no estado, cerca de 160 especialistas vinculados ao CBO, sendo cerca de 90 alocados na capital. O Mato Grosso possui dois programas de residência federais, um no Hospital Júlio Muller e outro na cidade de Cárceres, e para a formação em subespecialidades, os médicos precisam se deslocar para outros estados. De acordo com o entrevistado, não há escassez de especialistas no estado, mas uma distribuição heterogênea, característica comum em todo o país. Este quadro é atribuído, pelo presidente da regional, à situação precária dos contratos entre médicos e municípios, e que aponta como possível solução a federalização dos concursos e carreiras médicas, de forma semelhante à carreira jurídica no país. Ele ainda ressalta que a estrutura do SUS é precária inclusive nos grandes centros, atribuindo à precarização dos contratos de trabalho como exclusivamente responsável por essa má distribuição dos especialistas no Brasil de forma geral, e na região de Cuiabá.

O perfil dos oftalmologistas na região, de acordo com o entrevistado, é de cerca de 40% de cuiabanos, alocados principalmente em consultórios e grupos de médicos, que prestam serviço ao SUS. Ele considera, ainda, que o estado tem boa cobertura de profissionais nos centros e polos próximos àquelas cidades menores, e que os casos referenciados a partir destas regiões são aqueles que requerem a atenção do subespecialista. Ao ser questionado sobre a existência de mutirões, revela que não existe demanda/ fila para ações direcionadas a cirurgias de glaucoma e catarata, e que tem

conhecimento apenas de mutirões direcionados à triagem de acuidade visual de crianças da rede municipal de educação. Como presidente da Associação Mato-grossense de Oftalmologia, ele afirma que são realizadas 20 cirurgias de catarata por semana em Cuiabá, e que

> "[...] o mutirão da catarata nasceu com intuito mais financeiro que humanitário", "o valor contratado com os mutirões e municípios é maior que a Unimed passa; o SUS paga cerca de 580 reais o pacote, em Mato Grosso do Sul, foi dois mil reais (...) Não existe critério, a pessoa com mais de 50 anos é operada. Por que não paga para o *oftalmo* da rede?"

Por fim, concorda que o médico da atenção primária deveria ser o principal responsável pelo rastreamento dos casos de urgência em oftalmologia, mas afirma, no entanto, que "passar óculos é uma arte", e que ao atribuir funções do escopo do oftalmologista ao médico da UBS "você sobrecarrega o profissional, o médico generalista".

Ortopedistas

Entre os ortopedistas entrevistados dois atuavam em Hospitais Gerais, três em Clínicas especializadas e um em consultório isolado. Todos os entrevistados eram do sexo masculino e na faixa etária de 28 a 51 anos de idade. Três eram naturais de Cuiabá (MT), dois de São Paulo (SP) e um de Goiânia (GO). O ano de graduação em medicina variou entre 1991 e 2007. Com relação ao local de graduação, apenas um formou em município diferente do nascimento. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 04 e 21 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade. Dois entrevistados possuíam experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 19).

Tabela 19 – Perfil dos ortopedistas entrevistados – Região Entorno de Cuiabá, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Várzea Grande/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Cenário da Entrevista	Hospital Geral – Público	Consultório Isolado - Privado	Clínica especializada - Privada	Hospital Geral Público	Clínica especializada	Clínica especializada – Pública
Vínculo de trab. no estab.	Autônomo - PF	Autônomo – PJ	-	-	-	-
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	39	51	38	38	38	28
Ano graduação	2003	1991	2007	2001	2002	2006
Município/UF graduação	São Paulo/SP	Goiânia/GO	Dourados/MT	Cuiabá/MT	São Paulo/SP	Cuiabá/MT
Tempo de atuação na especialidade (anos)	13	21	4	12	11	7
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Tempo de atuação na APS (anos)	-	2	0,5	-	-	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016.

De acordo com os ortopedistas, os pacientes por eles atendidos provêm de todo o estado do Mato Grosso. Dois relataram receber também pacientes provenientes do estado do Acre e Rondônia, um atua em consultório isolado (Ortopedista 2) e um em hospital geral (Ortopedista 4).

Os casos clínicos mais frequentes na prática dos ortopedistas diferiram de acordo com o cenário de prática, se hospital, clínica especializada ou consultório, e se o profissional possuía alguma subespecialidade. Nas consultas eletivas dos especialistas que atuam em clínicas especializadas e de um que atua em consultório isolado, os casos clínicos mais frequentes são de processos degenerativos como hérnia, discopatia (Ortopedista 2) e lombalgias (Ortopedista 6), além de outras patologias relacionadas à coluna e joelho (Ortopedista 5). Dois dos especialistas que atuam também em clínicas especializadas possuem subespecialidades, um em membros superiores (Ortopedista 3) e um em cirurgia da mão (Ortopedista 6) e absorvem também as demandas relacionas a estas áreas. Já no ambiente hospitalar os ortopedistas declararam lidar com traumas em geral, faturas múltiplas, em decorrência principalmente de acidentes de moto, além de cirurgias eletivas e de tratamento de doenças degenerativas (Ortopedistas 1 e 4).

Com relação aos procedimentos que realizam com maior frequência, aqueles que atuam em clínicas especializadas e consultório isolado relataram realizar além da consulta eletiva, principalmente atividades que englobam o tratamento clínico como curativo,

fisioterapia, infiltração medicamentosa e uso de aparelho de gessado (Ortopedistas 2, 3 e 5). Já os ortopedistas que atuam em ambiente hospitalar assumem como atividade principal a realização de cirurgias, como fratura de braço, ombro e quadril (Ortopedistas 1 e 4). Um destacou ainda que faz de tudo e que encaminham apenas as cirurgias pediátricas (Ortopedista 4).

Nenhum dos entrevistados participa ou já participou de mutirões de ortopedia no estado do Mato Grosso. Eles desconhecem a existência atual de mutirões. Dois destacaram que no passado existia uma demanda maior de cirurgias ortopédicas que esta sendo aliviada pelo Hospital Metropolitano de Várzea Grande e São Benedito em Cuiabá.

> Hoje a gente não precisa mais de mutirão de cirurgia. A gente fez ha uns três anos, quando a gente tinha uma fila de espera em torno de 180 pacientes. Hoje a gente opera em torno de 200 a 220 pessoas no mês. Quando criaram o Hospital São Benedito esta demanda que era nossa foi tudo para lá. Então hoje não precisa mais, mesmo porque a gente já opera em esquema de mutirão vai das 7 da manha a 7 da noite de segunda a sábado. (Ortopedista1)

> Na verdade assim, antigamente era mais difícil, hoje em dia já desafogou um pouco mais. Por que assim, agora inaugurou outro hospital o São Benedito que da um suporte par ao pronto socorro de Cuiabá. Este que é o estadual que da um suporte mais estadual mesmo e tem os prontos atendimentos que também faz cirurgião. Agora mutirão faz tempo que o povo não faz não. (Ortopedista 4)

> Agora não. Já teve a um tempo atrás em Cuiabá e Várzea Grande. Mas faz um tempo que não tem, pois a demanda foi um pouco resolvida. Recentemente abriam o hospital São Benedito e tem o Metropolitano que tão dando uma melhor resolução nas filas ortopédicas. (Ortopedista5)

Dois destacaram ainda que a demanda principal é de consulta ambulatorial e tratamento ortopédico/fisioterapia:

> O que tem mais demanda mesmo são as consultas ambulatoriais que são mais difíceis de conseguir. Caso de urgência tipo fratura ainda consegue um encaminhamento mais rápido. A consulta demora em torno de 6 meses. (Ortopedista5)

> O que a população precisa é de tratamento a longo prazo, conservador. Isto dai (mutirão) não da certo, não tem que fazer mutirão. O principal tratamento ortopédico é baseado em uma fisioterapia (...) Ninguém se interessa, ninguém por parte do poder publico fala ‘eu preciso de um

> centro de reabilitação'. Nós temos um bom aqui [Cuiabá], mas não adianta. Falta muita gente. Todo mundo aqui precisa de fisioterapia. Se você vai fazer um mutirão de ortopedia você vai encontrar principalmente dor nas costas, dor no joelho e dor no quadril, o tratamento para tudo isso é fisioterapia. (Ortopedista1)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, todos os entrevistados relataram que o paciente é que se desloca.

> Existem algumas cidades com hospitais regionais. O paciente é direcionado para esse hospital. Se ele não encontra possibilidade de executar aquele procedimento, ele é encaminhado via o sistema de regulação. (Ortopedista4)

> Em alguns munícipios tem um bom centro de ortopedia, como Cáceres, Rondonópolis, Alta Floresta (...). Cidades menores, se tiver, não vai conseguir fazer muita coisa. Eu tenho colega que faz consulta em outros municípios e volta. Eu duvido muito que isto funciona, pois você pode ir uma vez por mês e vai dar receita de fisioterapia. Por exemplo, os índios, a gente faz uma cirurgia ortopédica e depois é praticamente obrigatório uma fisioterapia para voltar a força muscular e amplitude de movimento. Você mora no meio do mato, na aldeia, [...] mora a 400 km, não da para o cara fazer todo dia fisioterapia. Pior ainda: o cara quebra um dedinho, é a pior área que tem para fazer fisioterapia, ele precisa de um especialista em mão. Então é muito difícil este acesso. (Ortopedista1)

Dois destacam ainda que em alguns municípios de médio porte o paciente pode conseguir atendimento, porém privado de ortopedia.

> Alguns médicos vão para o interior atender particular, mas remota e muito distante eu não sei de ninguém não. (Ortopedista2)

> No interior é difícil. São cidades pequenas em torno de 30 mil habitantes que dificilmente você vai ter um especialista em ortopedia. As cidades acima de 60 mil habitantes é que vão ter um ou dois ortopedistas particular. (Ortopedista5)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são encaminhados aos hospitais de referencia pelos entrevistados que atuam em consultórios isolados e em clínicas especializadas que não possuem alta complexidade. No entanto, dois ortopedistas que atendem em clinicas especializadas com 'porta fechada', ou seja, em que as consultas são todas agendadas, revelaram que raramente recebem casos de

urgência e emergência que necessitam de encaminhamento (Ortopedistas2, 5). Um dos profissionais que atende também em clínica especializada e é cirurgião da mão, geralmente encaminha os pacientes para o hospital de referência onde ele mesmo realiza a cirurgia para esta subespecialidade (Ortopedistas6).

Com relação ao acompanhamento dos pacientes que são encaminhados, os entrevistados indicaram que o acompanhamento pós-operatório é feito geralmente pelo próprio especialista, de preferencia no próprio município:

> Quem opera acompanha. [...] O pós-operatório é comigo, independe de onde ele mora. Nem que ele fique uma ou duas semanas na casa de apoio e só depois retorne para sua cidade natal. O pós-operatório obrigatoriamente tem que ser como especialista que operou. O resultado não depende só do ambiente cirúrgico, depende da reabilitação. (Ortopedista 6)

> O médico que opera é o médico que acompanha, ou pelo menos a equipe. Porque as cirurgias ortopédicas não são sempre a mesma cirurgia, cada tipo de fratura é de um jeito, cada cirurgia é uma coisa. Então eu opero para outro colega lá da outra cidade acompanhar, eu acho que de rotina não é um negocio legal, não fica bem. Salvo algumas exceções, como o paciente mora muito longe, conhece alguém que faz. Agora, via de regra, em que o paciente opera e faz o operatório lá eu não acho uma boa ideia. (Ortopedista 1)

> Ninguém assume o paciente que ele não opera. Existe ortopedista no interior, mas as vezes o próprio paciente não quer acompanhar com quem ele não operou. Alguns que moram muito longe já perguntam ‘eu posso acompanhar na minha cidade?’ Sim, se o ortopedista da cidade quiser acompanhar, mas geralmente ele não gosta. A cirurgia é passiva de muitas complicações ai as vezes o colega não quer assumir isto. Até no privado é difícil. (Ortopedista 3)

Um dos entrevistados, no entanto, ressalta que se o paciente vem de outro munícipio que tenha um ortopedista que possa assumir esta função, ele não vê problema:

> O retorno é quase tão importante quanto a cirurgia. O paciente opera, vem lá de Tangará e faz cirurgia aqui, alguns falam ‘posso continuar acompanhando pelo médico lá?’ (...) não tem problema, se o médico se sente confortável de fazer o acompanhamento, se ele sabe o tratamento. Tem muitas cirurgias muito complexas, inclusive tendo que refazer cirurgias. Se o paciente vai para o interior e encontra um médico ortopedista que aceite, que consiga suprir o paciente em tudo que precisar, não tem problema nenhum. (Ortopedista1)

Quanto à delegação de tarefas técnicas para outros profissionais não médicos, três relataram não trabalhar com outros profissionais (Ortopedistas 2, 3 e5) e três indicaram delegar tarefas sob supervisão para enfermeiros e técnicos de enfermagem, gesseiros e instrumentadores (Ortopedistas 1,4 e 6).

Ao serem questionados se existem casos clínicos que podem ser tratados tanto por ortopedistas quanto por outros especialistas, a especialidade mais citada com sobreposição de escopo de prática foi a reumatologia (Ortopedistas 3,4 e 5), em que foram citados casos como doenças inflamatórias, reumatismo lúpus (Ortopedista 4), fibromialgia, síndrome miofacial (Ortopedista 5). Foram citadas ainda hérnia de disco e tumores, que também podem ser tratadas por Neurocirurgiões (Ortopedista 2) e osteoporose tratada também por ginecologistas (Ortopedista5)

> Às vezes confunde um pouco, mas você faz o tratamento, mas sempre associado a conduta do colega. Seria um tratamento coadjuvante um com o outro. Artrite inflamatória, por exemplo, não é do ortopedista, mas o ortopedista pode tratar, o clínico pode tratar o reumatologista pode tratar. (Ortopedista4)

Foi disponibilizada uma lista de procedimentos, que os especialistas foram solicitados a indicarem se os mesmos poderiam ser realizados por médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os seis entrevistados consideram que médicos da APS podem ‘solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)’, ‘diagnosticar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ e ‘realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista’. Cinco assinalaram ‘interpretar exames de imagem’, ‘realizar manobras de mobilização articular’, ‘tratar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns’, ‘prescrever órteses’ e ‘prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares (Ortopedistas 1, 2, 3, 4 e 6).

Para este último procedimento, no entanto, dois dos entrevistados destacaram que o médico da UBS poderia realizar apenas a prescrição de medicamentes intramusculares, e não intra-articulares (Ortopedistas 3 e 6). Quatro consideram que os seguintes procedimentos poderiam ser realizados em UBS: ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações’, realizar acompanhamento pré-cirúrgico e realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, Gaveta posterior, etc) (Ortopedistas 1, 2, 3 e 4) e

três ‘orientar e emitir relatório acerca de exames de imagem’, ‘realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc), ‘prescrever prótese’ e ‘realizar acompanhando pós-cirúrgico’ (Ortopedistas 1, 3 e 4). Para este ultimo, um dos entrevistados ressaltou que somete em área remota e com contrarreferência (Ortopedista1).

Os entrevistados apontaram como justificativa para a não realização de determinados procedimentos por médicos que atuam na atenção primária, a falta de recursos e infraestrutura:

> Algumas coisas dependem de exame, né, então você tem que ter um acesso para realizar o raio-x na hora. Esse negócio de realizar o raio-x para uma semana tá errado. O raio x tem que fazer na hora, tomografia tem que fazer na hora. O médico tem que ter acesso à ressonância, ultrassom. Não adianta ir para uma fila e marcar para seis meses. (Ortopedista 1)

O ortopedista 2 afirma que *“O grande problema é a prática: onde você vai fazer os exames? Se tivesse um exame na cidade, se tivesse uma estrutura na cidade, ai o cara tem o poder”*.

> A ortopedia é muito dependente do exame de imagem. Manejo de fratura tem que encaminhar, pois depende de outros fatores, depende de anestesia, de auxiliar, então às vezes o médico lá do interior não tem esses recursos. (Ortopedista3)

Foi relatado ainda, que a graduação em medicina não prepara o médico para realizar determinadas atividades especificas da ortopedia:

> A ortopedia não é uma matéria que aprende na medicina. Você faz a medicina do 1 a 4 ano e vai ficar na parte da ortopedia uma semana ou um mês que seja vendo coisinhas simples. Então o cara se forma, sai da faculdade de medicina, ele não é muito bom para realizar um tratamento em ortopedia. Então antes a gente tratava todo tipo de fratura cirúrgica aqui e todos que não operavam mandavam para o posto, mas para o ortopedista no posto. Se não é ortopedista no posto, volta todos os pacientes piores do que ia, ai tinham que passar por uma cirurgia à toa. Então assim, se for pensar em um postinho como clínico, tá fora de cogitação fazer o acompanhamento ortopédico. (Ortopedista 1)

> Manejo de fratura: é mais complicado, porque ele não tem treinamento para fazer isto. A formação de generalista não da este

> treinamento. A não ser que ele faça algum estágio acompanhado de um ortopedista para se sentir seguro.Ele não é atrevido de fazer, ele tem que se sentir confortável de fazer. (Ortopedista 4)
>
> Falta de prática. Mesmo na formação médica, que se restringe mais as cadeiras principais cirurgia geral, pediatria, clinica ginecológica e cirúrgica. (Ortopedista 5)
>
> A medicação intra-articularar tem que ser o especialista, tem que ter um certo conhecimento anatômico, tem que ter experiência. Topo procedimento invasivo tem risco (...) Quando você faz um perdimento técnico invasivo, você tem que estar ciente dos riscos que ele pode ter e tem que ter o conhecimento para tratar as complicações. (Ortopedista 6)

Por outro lado, alguns dos relatos evidenciam a importância do acompanhando de pacientes ortopédicos por médicos em unidades básicas, principalmente para evitar determinados encaminhamentos desnecessários para atenção de média e alta complexidade.

> Existem muitos tratamentos que podem ser realizados em um posto de saúde, na atenção básica, se o médico tem conhecimento e tem respaldo para fazer isto. É encaminhado muito para a ortopedia a osteoporose. A osteoporose não é um tratamento ortopédico, é um tratamento clínico que deve ser acompanhando no posto de saúde. Lombalgia, na verdade os casos que deveriam ser encaminhados para centros secundários são aqueles que não melhoraram ou que são casos mais graves da unidade básica. Se o médico da unidade básica tem uma estrutura, ele não precisa ser encaminhado para um centro secundário ou terciário. Outro exemplo, poliartralgia, o paciente que tem gota, pode ser acompanhado por um clínico geral, mas existe as vezes um erro por parte do médico da atenção básica no encaminhamento dos pacientes, 20% ou 30% não precisavam de encaminhamento. [...] Trabalhei em um posto de saúde que tinha só médicos da família [...] Eu me lembro assim da parte ortopédica, eles tinham uma grupo de orientação de coluna, lombalgia, fazia fisioterapia, fazia exercício e fazia o acompanhamento com o médico do posto de saúde para não precisar encaminhar e acabar saturando a rede secundária a e terciária com este tipo de atendimento. (Ortopedista 6).

Os entrevistados foram questionados sobre adoção de estratégias de expansão de atividades clínicas de profissionais não médicos que atuam principalmente em áreas de escassez de médicos, a exemplo de fisioterapeutas, em que se percebeu uma maior resistências dos entrevistados. Quatro dos entrevistados indicaram que os fisioterapeutas poderiam realizar atividades como acompanhamento pós-cirúrgico e prescrição de

órtese; três a realização de encaminhamento de pacientes à outros especialistas e dois o manejo de fraturas. Os demais procedimentos listados foram indicados apenas um vez, que incluem: realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações sob assistência, realizar testes ortoépicos, solicitar e interpretar exames de imagem, solicitar exame de eletromiografia e prescrever medicamentos para manutenção de tratamento. Apenas um dos entrevistados apontou que o fisioterapeuta não poderia realizar nenhum dos procedimentos listados:

> Acho que nenhum, pois é área de atuação médica, eu sou meio contra isso, eu acho que é uma forma de baratear a saúde, como acontece, por exemplo, na ginecologia em que enfermeira faz parto, acaba estimulando o parto de forma não adequada. Eu acho que é um ato médico, que deve se restringir ao médico. (Ortopedista 5)

Os principais motivos apontados para a não realização dos procedimentos e atividades listados pelos fisioterapeutas incluíram a falta de responsabilidade profissional, a falta de treinamento/qualificação adequada e que são procedimentos de ato médico.

> Eu não vejo problema nenhum o fisioterapeuta fazer alguma coisa que seja para eu fazer, a coisa principal é: a responsabilidade vai ser a mesma? Porque eu, como médico, eu tenho que viver a metade do meu tempo atendendo o paciente e resolvendo o problema dele e a outra metade vendo o que ele pode entrar com processo. [...] Eu não sou Deus, o que eu faço eu aprendi treinando, ele pode treinar e fazer do mesmo jeito. Agora a questão é a responsabilidade é a mesma? Se for não tem problema nenhum, pode fazer o que quiser [...] A minha responsabilidade é muito maior. [...] Não é função do fisioterapeuta fazer diagnostico. Você faz o teste para dar diagnostico. Esses exames ele vai entendê-los? Ele vai saber ler o que esta escrito ai, ele vai fazer um diagnostico disso? Hoje a fisioterapia não tem a função de dar o diagnostico e dar o tratamento para o paciente. Ele é terapia. Ele não faz essa parte. Essa parte é do médico fazer. (Ortopedista 1)

> É difícil responder, pois não sei o que o fisioterapeuta aprende. Mas pedir exames de imagem ortopédica é cheio de nuanças e nem os médicos recém-formados às vezes conseguem. Então eu não acho que ele tem essa habilitação. Ele teria que fazer outra faculdade [...] [Prescrever medicamentos] Alguns poderiam até, mas outros são difíceis né. Renovar antibiótico, ele conhece o antibiótico, sabe que tá na hora de parar, sabe avaliar se a ferida já esta na hora de interromper o antibiótico? Sabe avaliar a osteomielite se é aguda, se é crônica, quantos dias trata a crônica, quantos dias trata o agudo. É complicado né. O profissional tá habilitado? [...] porque se não começa uma

> invasão de áreas. [...] Ele pode achar que esta habilitada e não estar. Ele pode querer tomar decisões que não cabe a ele. (Ortopedista 3)

A questão da responsabilidade profissional também foi apontada com relação à atuação dos técnicos com formação em imobilização ortopédica, estando condicionada sempre à supervisão direta do ortopedista:

> Por exemplo, quem faz o gesso é o técnico de gesso, se der problema quem paga sou eu, porque a imobilização, ela é um procedimento médico [...] Então tem um problema, o paciente entra em processo com relação a isto, sou eu que respondo e não o técnico. (Ortopedista 1)

> O gesseiro pode fazer o gesso de acordo com a tua orientação. Você tem que estar lá, qualquer ortopedista sabe disso. O gesso é um tratamento. É um ato médico. Se o gesseiro fizer errado, não é culpa do gesseiro, é culpa sua. (Ortopedista6)

Oftalmologistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínicas especializadas privadas e em estabelecimentos com vínculos SUS. Quanto às características demográficas, a maioria era do sexo masculino e na faixa etária de 30 a 40 anos de idade. Todos residiam em Cuiabá, sendo que apenas dois eram naturais da cidade.

O ano de graduação em medicina variou entre 1986 e 2013. Com relação ao local de graduação, três se formaram no mesmo município de nascimento, um formou em município diferente, mas no mesmo estado e os outros quatro em estados diferentes. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre dois e 22 anos. Cinco entrevistados possuíam também alguma experiência na APS (Tabela 20).

Tabela 20 – Perfil dos oftalmologistas entrevistados – Região Entorno de Cuiabá, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8
Município da entrevista /UF	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT
Cenário da entrevista	Clínica especializada privada (Não SUS)	Hospital público	Clínica especializada pública	Hospital especializado privado (SUS)	Consultório isolado	Clínica especializada privada (Não SUS)	Clínica especializada privada (SUS)	Hospital público
Vínculo de trab	Autônomo	Celetista (EBSERH)	Estatutário	Autônomo	Autônomo PJ (proprietário)	Autônomo	Autônomo	Bolsista
Município de residência	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT
Naturalidade/UF	Cuiabá/MT	Curitiba/ PR	Tanabi/SP	Cuiabá/MT	Curitiba/PR	Juiz de Fora/MG	Anicuns/GO	Mirassol d'Oeste /MT
Sexo	Mas.	Mas.	Mas.	Mas.	Fem	Mas.	Mas.	Fem
Idade	42	38	45	37	35	40	57	27
Ano de graduação	1999	2002	1997	2002	2003	1999	1986	2013
Município/UF graduação	Cuiabá/ MT	Curitiba/ PR	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Cuiabá/ MT	Barbacena/ MG	Cuiabá/ MT
Tempo de atuação na especialidade (anos)	15	9	13	11	10	11	22	2
Possui outra especialidade	Não	Não. Sub - retina	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	1 ano	-	1 ano	2,5 anos	2 meses	1 ano	-	-

Fonte: EPSM 2015; FAME - Faculdade de Medicina de Barbacena; UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso; UFPR – Universidade Federal do Paraná; UNIC – Universidade de Cuiabá

Para a maioria dos oftalmologistas entrevistados, os casos clínicos mais frequentes são os de refração (Oftalmologista 1, 3, 6, 7, 8), seguidos por casos de glaucoma e catarata (Oftalmologista 1, 2, 3, 6, 8) e pterígio (Oftalmologista 2, 3,7).Com relação a patologias sistêmicas, os citados como mais relevantes foram a hipertensão e o diabetes com acometimento ocular, como a retinopatia diabética (Oftalmologista 2, 8). Foram citadas também as doenças irritativas de superfície e as conjuntivites, tanto alérgica quanto bacteriana (Oftalmologista 1). Segundo um dos entrevistados: *"Dentro da oftalmologia os (casos) mais frequentes são catarata, glaucoma, descolamento de retina, retinopatia diabética, desordens de superfície ocular, pterígio"* (Oftalmologista 2).

Em locais de maior complexidade tecnológica, as cirurgias de catarata são as mais realizadas. Segundo o oftalmologista 7, que atua em um instituto de referência em catarata no estado de Mato Grosso, são realizadas pela instituição 200 a 400 cirurgias de catarata por mês: "O nosso forte aqui é a cirurgia de catarata e pterígio mesmo, e

glaucoma - segmento anterior. [...] O principal é refração e captar as cirurgias". Já o hospital privado opera 20 pacientes de catarata por semana, casos provenientes de todo o estado (Oftalmologista 4).

Em outras clínicas especializadas, a cirurgia representa menor parcela dos atendimentos, menos de 10% do volume total (Oftalmologista 1). Segundo a oftalmologista 8, no local onde atua são realizadas cerca de 30 a 40 consultas por dia, e apenas duas cirurgias por dia. Além da catarata, foram citados casos de retina, pterígio e os transplantes: "O grosso da oftalmologia a gente faz: retina, transplante, catarata. Eu queria operar todo mundo que eu atendo, mas não dá [risos]." (Oftalmologista 1)

> Eu sou especialista em cirurgia do segmento anterior. Então temos aí mais ou menos 50% da minha agenda são pacientes que me procuram espontaneamente, aí é consulta pra refração, mas os outros 50% já vêm encaminhados, ou pra cirurgia de catarata ou pra cirurgia de glaucoma ou pra cirurgia de transplante de córnea, ou para propedêutica de glaucoma e de doença de córnea. (Oftalmologista 6)

Três especialistas relataram atender muitos casos de emergência, como traumas, quadros de perfuração e de corpo estranho. Um em consultório isolado, outro em clínica especializada e o último no pronto socorro (Oftalmologistas 5, 1 e 6, respectivamente).

> Eu sou especialista em córnea, então eu trato bastante emergências, ferimentos, trauma ocular que atinge diretamente a córnea, primeira parte do olho e pacientes acidentados - trauma com esmeril, corte, trauma de ferro, e até muito paciente com baixa de visão importante, alterações como ceratocone, ectasias corneanas, atendo pacientes pós transplantes que não deram muito certo e acabam chegando aqui pra gente com baixa visão, às vezes com lente de contato e astigmatismo alto. (Oftalmologista 5)

Quanto aos procedimentos que realizam com maior frequência, os entrevistados citaram a consulta oftalmológica e a realização de exames complementares, como angiografia, *laser*, tomografia, ultrassonografia ocular, biomicroscopia, fundoscopia, topografia computadorizada, microscopia especular, paquimetria ultrassônica, mapeamento de retina e papiloscopia.

> A consulta envolve vários exames. A refração, que é o óculos, a gente mede em todos os pacientes aqui, a gente avalia, pressão intraocular, fundoscopia a gente faz em todos os pacientes de primeira consulta. Não tem um que faço mais, eu faço isso em todos. Aí quando tem

> algum outro mais específico, que a gente faz um exame mais detalhado, que é o OCT, uma retinoscopia. (Oftalmologista 8)

Com relação à participação de residentes nas cirurgias, um entrevistado explicou que depende da complexidade destas. Como exemplo, citou que os residentes R1 iniciam fazendo cirurgia de pterígio, que é uma cirurgia mais simples, não tão invasiva e que precisa de poucas técnicas para ser realizada. Já a cirurgia de catarata, que é, segundo o entrevistado, uma cirurgia mais trabalhosa, o preparo do paciente e início da cirurgia é feito por um residente R2, e o R3 é quem efetivamente faz a cirurgia. Finalmente, os R3 também realizam cirurgia de glaucoma e de retina (Oftalmologista 8).

Com relação à origem dos pacientes atendidos pelos especialistas, a maioria é proveniente de Cuiabá (cerca de 80% segundo o Oftalmologista 6) e interior do estado do Mato Grosso. Porém, os entrevistados relataram que também atendem pacientes de outros estados, como Rondônia, Pará e Amazonas (Oftalmologista 1, 2, 5). Segundo os oftalmologistas este fluxo varia de acordo com o objetivo do encaminhamento:

> Consulta de oftalmologia geral vem a maioria de Cuiabá, mas para retina e subespecialidades, pacientes de fora. Um ou outro que consulta em hospital na divisa do estado eles encaminham ou paciente que vem passar férias na casa de parente aí consegue uma consulta. (Oftalmologista 8)

> Aqui são atendidos, na parte de consultas, todos os pacientes do município de Cuiabá. E pra cirurgias, que a gente faz muita cirurgia aqui de catarata e pterígio, isso é do estado inteiro. [...] Cirurgias tem convênio com prefeituras do estado inteiro e tem muita gente que vem de fora também, de outros estados. (Oftalmologia 7)

Foi possível observar a falta de conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento destes pacientes, evidenciado por falas como “Eu não sei como é que eles conseguem, se tem endereço, parente aqui. [...] Eu não entendo esta parte administrativa” (Oftalmologista 2).

Sobre a participação em mutirões em Cuiabá e no interior, cinco profissionais (1, 2, 5, 7, 8) relataram já ter participado de mutirões, porém a maioria citou que atualmente mutirões de cirurgias não são mais realizados e outros tipos de mutirão ocorrem com menor frequência.

Segundo os entrevistados, os mutirões de oftalmologia são uma iniciativa da Associação de Oftalmologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, do serviço Lions, do Ministério da Saúde ou do próprio serviço de saúde. Alguns mutirões citados foram o Dia do Glaucoma, organizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia no dia Nacional do Glaucoma, no qual são realizados exames de glaucoma em todas as capitais; o Dia Nacional da Saúde, iniciativa do Ministério da Saúde que conta com especialistas, clínico geral e oftalmologista, dentre outras ações; e a iniciativa do próprio serviço:

> Às vezes a gente faz mutirão. Agora a gente está com uma proposta de fazer mutirão de capsulotomia [...] Então algumas vezes são feitos alguns mutirões, que o serviço mesmo faz. Mas tem outros serviços que fazem também, pelo SUS. (Oftalmologista 8)

> Tinha feito com mais frequência e agora está retomando. A própria Associação que está fazendo ações, planejando agora ações em conjunto com a Secretarias Municipais de Educação para fazer o atendimento de crianças. A gente fazia anualmente o atendimento de glaucoma, mas por problemas burocráticos não foi feito ano passado. Esse ano, normalmente a gente fazia no comecinho de abril ou fim de março, a gente vai fazer em setembro. Então a gente tem feito bastante mutirões sim. (Oftalmologista 4)

Apenas um entrevistado (Oftalmologista 6) citou o papel do Estado na organização de mutirões, porém outro criticou a falta de atuação estadual na assistência à pacientes de áreas remotas: "Normalmente os mutirões realizados aqui foram iniciativa ou da Associação ou do CBO, ou do Lions, o Estado não tem nenhum programa de atendimento para aliviar a *barra* da galera aí." (Oftalmologista 1)

Outra forma de mutirão citada pelos entrevistados foi o "Dia multi-ação", promovido pelo município em parceria com outras entidades, e durante o qual vários serviços são oferecidos à população. Quanto ao serviço oftalmológico este mutirão se destina ao atendimento clínico de pacientes:

> Aqui a gente participa do Multi-ação, inclusive sábado agora tem. O multi-ação é como se fosse um mutirão em algum setor que a prefeitura, FIOTEC, SESI promove a chama a gente para participar na parte ocular. Lá faz identidade, corta o cabelo, é o multi-ação. Isso aí eles fazem os setores com várias assistência, e um deles é a oftalmo. [*E é o único que você participa?*] Não, a gente faz também isso nos interiores em parceria com as prefeituras e as vezes convênio com o Lions. Que aqui é o Instituto Lions da visão, então tem esses Lions,

> que são entidades filantrópicas do interior que a gente vai lá. Eles organizam, chamam a gente e a gente vai lá. A parte social isso, né? [*Mas é remunerado?*] Sem remuneração. A remuneração que a gente tem é o seguinte, porque nesses casos a gente vai para captar as cirurgias que a gente vai operar aqui [...] Aí as prefeituras organizam e trazem o ônibus com 30, 40 pacientes aqui. (Oftalmologista 7)

Verificou-se que não existe em Cuiabá o modelo de mutirão de cirurgias feito por ônibus/caminhões itinerantes. Segundo um dos entrevistados,a ausência destes mutirões se deve à existência, em Cuiabá, de muitos hospitais e clínicas de oftalmologia que inclusive participam do SUS, para fazer essas cirurgias de catarata. Além disso, foi destacada a falta de demanda reprimida para realização desse tipo de mutirão: "Toda semana tem o dia certo. Aí não fica acumulando tanto catarata" (Oftalmologista 5). "Mutirão de cirurgia a gente tem feito pouco porque não está tendo demanda. Hoje não tem fila pra cirurgia de catarata" (Oftalmologista 4).

Dois oftalmologistas criticaram os mutirões de cirurgia de catarata. Eles citaram problemas relacionados às complicações cirúrgicas, à falta de um acompanhamento adequado após a cirurgia e até mesmo à falta de indicação cirúrgica, ressaltando que o elevado número de pacientes atendidos provavelmente contêm pessoas que não tinham indicação terapêutica para tal, e que como os contratos são fechados a um valor elevado, acima do praticado por cooperativas, a motivação do mutirão muitas vezes é mais econômica que humanitária. Para exemplificar, o oftalmologista 4 citou que na região Barra dos Garças existe a proposta de mutirão itinerante, mas que na região não há fila de espera e existem oftalmologistas para realizar o atendimento da população.

> E é um negócio que a gente tem brigado inclusive contra, porque a gente fala que o mutirão da iatrogenia. Deixa uma leva de *nhaca* que depois a gente tem que resolver. O cara chega, monta o caminhão, faz tantas mil cirurgias e nenhum pós operatório. No outro dia faz um curativo, bate nas suas costas e tchau. Isso não existe! Você tem que ver uma semana, depois tem que ver o mês. E as complicações? Quem vai olhar o paciente? (Oftalmologista 4)

> Já teve no município. Mas dá muito problema, de infecção, infecção pós operatório, paciente insatisfeito porque faz a cirurgia e depois sente qualquer problema e não consegue ter o atendimento médico adequado. Já teve alguns mutirões aqui, mas gora não tem mais não. (Oftalmologista 6)

Os entrevistados citaram diferentes formas de populações de áreas remotas e sem profissionais especialistas obterem acesso a atendimento oftalmológico, tanto clínico quanto cirúrgico. O mais citado foi o encaminhamento via sistema de regulação do SUS para os polos de saúde (Oftalmologistas 2, 4, 6, 8), embora um dos entrevistados tenha ressaltado que muitas vezes este encaminhamento segue para o serviço particular:

> É difícil, o estado do Mato Grosso é muito grande, tem regiões muito afastadas e eles vão nas cidades um pouco maiores. O problema é que eu acredito que na maioria das vezes o atendimento seja particular. Muita gente é encaminhada por serviços particulares, tanto no meu consultório, porque o especialista lá não tem recursos, quanto aqui mesmo. (Oftalmologista 2)

Outros dois citaram que especialistas das cidades polos visitam regularmente as cidades menores que não tem profissionais fixos na região, por exemplo, uma vez por semana, ou uma semana sim e uma semana não (Oftalmologistas 1 e 4). Um deles citou também o atendimento por optometristas: "A gente tem hoje alguns municípios onde a gente tem até, infelizmente, alguns optometristas atuando, mas você tem municípios próximos onde o próprio colega médico vai" (Oftalmologista 1)

Outra forma de acesso citada foi por meio da licitação de atendimento realizada pelo governo do Estado, no qual o grupo que ganha a licitação contrata os oftalmologistas que irão até as cidades para realizar as consultas oftalmológicas. Segundo a entrevistada 5, estas visitas acontecem todo mês e os especialistas ficam de uma a duas semanas no interior, dois ou três dias em cada cidade sendo comum ir para o Norte do estado. Os especialistas atendem pacientes encaminhados pela Secretaria de Saúde da cidade após avaliação de um clínico geral.

Dentre os materiais que são levados para a cidade a entrevistada 5 citou a coluna de *green*, projetor, e uma lâmpada de fenda, tonômetro, lentes (para fazer exame de fundo de olho) e o oftalmoscópio direto. Segundo ela, com essa aparelhagem é possível realizar exame de fundo de olho, medir pressão e identificar problemas de visão: "Muitas vezes não consegue resolver, nem saber muito específico porque começou a ter aquele problema, mas identificando o caminho a seguir a gente consegue pedir exames. O paciente vai pra um lugar mais especializado". Entretanto, ela ressaltou a precariedade deste tipo de atendimento devido ao elevado número de pacientes atendidos e falta de materiais adequados:

> Eu já fiz atendimento assim a gente atende em média 120/130 pessoas por dia em dois ou três dias. É um atendimento que muitas vezes é precário, é muito rápido, desgasta muito tanto o profissional quanto os pacientes, que ficam esperando. É pouco tempo pra você ver o paciente e o material também, que a gente tem que levar, e não dá pra levar tudo, e muitas o material não está esterilizado para fazer os exames. É um atendimento muito precário. (Oftalmologista 5)

Quanto ao atendimento cirúrgico foi citado o Consórcio intermunicipal no qual quatro ou cinco municípios menores se organizam em consórcio juntamente com uma cidade polo, que possua mais estrutura. Entretanto, pela fala do entrevistado foi possível perceber que a realização de cirurgia nestes locais não é o mais comum, e que o fluxo de pacientes mesmo nestes caos é do interior para a capital:

> Nós fomos por um colega que atendia pacientes do SUS, mas não operava os pacientes. Então tinha uma fila de pacientes de cirurgia de catarata e ele intermediou, a gente negociou com a prefeitura e foi lá, pela própria tabela SUS, para operar os pacientes lá. Mas acabamos depois fazendo só uma vez lá e o resto nós fizemos aqui. Os pacientes vinham aqui porque a estrutura lá, não tinha estrutura, apesar de ser uma cidade de médio porte não tinha estrutura para você fazer procedimentos oftalmológicos. Então para você operar, e para operar um volume grande, você precisa ter uma estrutura de esterilização rápida, de enfermagem treinada para isso, toda a estrutura do centro cirúrgico para poder fazer esse atendimento. (Oftalmologista 1)

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos por médicos das UBS, os oftalmologistas ressaltaram a necessidade de equipamentos e de treinamento para resolver casos de oftalmologia, além da elevada demanda que o médico já possui na UBS. De maneira geral, afirmam que o médico da atenção primária está apto apenas a triar e encaminhar os pacientes. As seguintes falas ilustram estes argumentos: “A oftalmologia, assim como algumas especialidades médicas, o médico generalistas se ele não tiver o mínimo treinamento para isso, e equipamento, ele não consegue fazer” (Oftalmologista 1).

> Existem algumas disciplinas em boa parte das faculdades de medicina no Brasil que são muito específicas e pouco vistas durante a faculdade. Uma delas é a oftalmologia, que é muito, muito específica e precisa de aparelhagem. E esses médicos não vão ter os aparelhos específicos. (Oftalmologista 2)

> Eu acho que nenhuma função do *oftalmo* consegue ser executada por clínico geral. O máximo que ele consegue, por exemplo, é avaliar uma fundoscopia, e aí se ele ver uma coisa muito alterada, que é uma coisa mais grosseira, ele consegue identificar e mandar pro *oftalmo*. Porque são exames que tem uma curva de aprendizado grande, e na faculdade você não é preparado para isso. (Oftalmologista 8)

> Passar óculos é uma arte. O cara não consegue colher um Papanicolau, atender uma criança, ver um velhinho e depois passar uns óculos. Isso não existe. O médico vai ficar incapacitado. (Oftalmologista 6)

> A gente vira e mexe recebe pacientes aqui do entorno, de cidades menores, semana passada um médico de Mimoso, um médico da família lá me encaminhou porque o cara estava com dor e ele estava suspeitando de glaucoma por causa dos sintomas. E acertou, entendeu? Então assim, existe e isso sempre vai existir. O médico consegue detectar algumas coisas mais urgentes que ele precisa encaminhar. (Oftalmologista 4)

Entretanto, os entrevistados concordaram que existem atividades que poderiam ser realizadas, tais como 'Realizar teste de motilidade ocular' e 'Realizar teste de acuidade visual', citadas por pelo menos cinco dos entrevistados. Com relação ao teste de acuidade visual, o oftalmologista 4 acrescentou que: "Isso é importante, deve sair da faculdade sabendo. Você pega um colégio, pega 100 alunos, se você identificar os cinco que efetivamente não enxergam você já eliminou 95 consultas desnecessárias. Coisa que até o professor deveria saber fazer". Outras atividades como 'Realizar pré-operatório de cirurgias' e 'Fazer acompanhamento de doenças oculares em conjunto com o oftalmologista' foram citadas por quatro profissionais.

As seguintes atividades foram citadas por dois entrevistados com ressalvas: 'Diagnosticar infecções oculares comuns', na qual citaram ser possível diagnosticar e tratar apenas as conjuntivites superficiais e alergias oculares e alertaram para o risco de cegueira em casos de tratar erroneamente casos de uveíte e de ceratite como se fossem conjuntivites; 'Realizar tonometria', para a qual um dos oftalmologistas ressaltou se tratar de tonometria bidigital e não à tonometria realizada por meio de tonômetro, que é um aparelho caro e que seria subutilizado na UBS; 'Diagnosticar doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata', um deles acredita que é possível diagnosticar apenas catarata avançada e o outro acredita que pode diagnosticar glaucoma, catarata e pterígio, ou pelo menos triar estes casos.

Apenas um oftalmologista citou as atividades de ‘Diagnosticar doenças sistêmicas a partir de sinais e sintomas oculares’, ‘Prescrever medicamentos de uso ocular’ e ‘Realizar exame de fundo de olho’, ressaltando que “O fundo de olho é quase uma obrigação o medico saber fazer. Reconhecer o nervo. Isso vai entrar na capacitação também, porque você vai diagnosticar, por exemplo, uma neurite óptica, uma esclerose múltipla, uma alteração causada pelo diabetes, uma obstrução vascular. Fundo de olho é uma obrigação do médico, não do oftalmologista.”

Quanto à remoção de corpo estranho da córnea, dois oftalmologistas argumentaram que o clínico deve apenas prestar o primeiro atendimento, que consiste em utilizar pomada, colírio ou antibiótico, fechar o curativo e encaminhar para um oftalmologista devido ao risco de danificar a retina e outras estruturas oculares.

> Não, isso é um perigo. A maioria da população brasileira tem a íris escura, quando você tem um corpo estranho, principalmente fagulhas metálicas, ela bate no olho, fica escura igual à íris. Existem N casos de perfuração do olho, remoção de retina, danificação do olho. Precisa saber com muita intimidade as estruturas oculares. Isso não dá pra pegar uma sala com 100 médicos e capacitar nisso. Coloca um anestésico e um protetor ocular e encaminha. (Oftalmologista 4)

Além das atividades listadas, os entrevistados citaram que os médicos da atenção primária poderiam realizar teste do reflexo vermelho retiniano (teste do olhinho) e a triagem em pacientes diabéticos, hipertensos e portadores de doenças reumatológicas quanto à necessidade de encaminhamento para oftalmologista, bem como a triagem de estrabismo em crianças.

Já com relação aos optometristas, todos os oito entrevistados se posicionaram contra este profissional e citaram que a interiorização da saúde depende de fatores que estão mais relacionados à gestão do que ao médico. Segundo os entrevistados, o problema da má distribuição de médicos especialistas no interior se deve à falta de infraestrutura e de boas condições de trabalho, aos baixos salários e ao descumprimento de propostas de trabalho pelas instituições.

> Se tivesse concursos públicos com salários razoáveis, com estabilidade e tudo, eu acredito que seria, e estrutura adequada para atendimento, acho que a gente teria uma interiorização da saúde, não só do médico, muito melhor do que a gente tem hoje. [...] Eu preferi ficar só na área privada porque não teve nenhum concurso atrativo na

> área pública. Se tivesse é lógico que eu teria interesse, porque você tem outros benefícios. (Oftalmologista 1)

> Aumentar a estrutura no interior para atrair o médico. Chega lá, você faz um contato com a prefeitura ele te oferece um salário bom, aí você recebe um mês, dois meses. No terceiro mês você já não recebe mais. Aí você tem que levar pra justiça, aí você vai embora. Aí outro vem. Então vai afastando o médico de ir para o interior. Você quer operar e não tem condições de operar lá. Você se especializa, faz toda a sua parte aí você vem para trabalhar e não tem estrutura. Você não vai ficar lá, você vai vir embora! (Oftalmologista 3)

Os profissionais entrevistados apresentaram uma preocupação quanto ao preparo do optometrista em desempenhar tarefas clínicas, já que consideram a sua formação insuficiente. Argumentaram que os optometristas estão qualificados para confeccionar os óculos, mas não para o exame ocular, e que isto pode atrasar o diagnóstico de doenças e inclusive acarretar cegueira:

> O optometrista tem uma formação, no Brasil, para aviação de receita, pegar a receita feita pelo médico e confeccionar os óculos. Ele tem até uma formação boa na parte ótica para trabalhar a confecção de óculos, mas no exame clínico do paciente eu acho que falta muita qualificação e aí acaba que o paciente pode perder muito tempo no diagnóstico, porque muitas vezes pode ser feito um teste de refração que aparentemente melhora a visão do paciente, mas o paciente tem outro problema como glaucoma e aí o diagnóstico tardio pode levar o prejuízo ao paciente.É um supostoatendimento que não vai resolver o problema. (Oftalmologista 6)

> O curso para um oftalmologista é de 3 anos, o curso de um optometrista é super reduzido. E outra, o exame oftalmológico ele não se baseia nos óculos, precisa fazer uma fundoscopia, porque às vezes o paciente não enxerga muito bem não é por causa de óculos, é porque ele tem uma retinopatia diabética, ou ele tem uma catarata, e o optomestrista ele nunca vai conseguir ver isso. Então eu acredito que não existe um exame só para óculos, existe o exame do olho como um todo. (Oftalmologista 8)

> Aqui pega direto paciente com outras patologias, já em caso de cegueira porque ficou protelando, fazendo óculos, óculos, óculos e acaba com glaucoma, e eles não dão o diagnóstico disso. Então refração ela não pode ser dissociada do atendimento oftalmológico, não dá. Por mais que eles falem, se você ficar aqui na prática você vai ver. (Oftalmologista 3)

> Se eu acho perigoso um médico no interior avaliar um glaucoma, quiçá um cara que nem entende de medicina. Eventualmente, um

> paciente vai ao consultório pra ver os óculos, mas na verdade o que ele está tendo são já consequências do diabetes. E esse cara vai ser atropelado pelo optometrista e vai ficar cego lá na frente. (Oftalmologista 4)

Além disso, a questão mercadológica foi motivo de preocupação por parte dos profissionais, argumentando que a prescrição de óculos é feita indiscriminadamente pelos optometristas:

> A refração que é o que eles *(optometristas)* fazem, ela dá para dissociar isso das patologias. E aí eles levam tudo para a refração. Então a parte mercantilista disso aí, que domina a conduta deles. É uma reserva de mercado, eles querem entrar nesse mercado e aí quando eles entram eles confundem tudo. Querem só fazer a refração e fazer a venda casada de óculos. [...] Tem uma rua aqui, rua Mariana, que é a rua das óticas, tem mais de 50 óticas. Se você passar lá vira e mexe você vai ver: Aqui faz exame oftalmológico. Chega lá, chama a polícia ele pula o muro e sai correndo. Prendem os aparelhos e eles compram outros. E geralmente eles são donos das óticas. Venda casada mesmo. Poucos têm o discernimento de encaminhar, sabe? Mas muitos não querem perder a venda dos óculos. Dificilmente você vai chegar lá e sair sem óculos. Seja catarata, glaucoma, eles vão dar um jeito de vender uns óculos pra você (Oftalmologista 3)

> O mesmo caso pro glaucoma, o glaucoma é um doença silenciosa. O cara com pressão de 26 não sente nada e tá muito alta a pressão em dois anos ele está cego. Ele não está enxergando de perto, o optometrista bate nas costas Não vou te cobrar nada, bate nas costas e vai passar um óculos de leitura, que é fácil de fazer, passa aquela falsa impressão pro paciente que resolveu e daqui a dois anos ele aparece cego e glaucoma é cegueira irreversível. (Oftalmologista 4)

Considerando as atividades que os optometristas poderiam desempenhar em áreas geográficas remotas e com escassez de especialistas, apenas dois entrevistados afirmaram que pelo menos uma das seguintes atividades poderiam ser desempenhadas: ‘Realizar teste de refração clínica’, ‘ Realizar teste de refração automática em indivíduos de baixo risco’, ‘Adaptar e dispensar óculos’, ‘Diagnosticar infecções oculares comuns e doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata’ e ‘Encaminhar a partir de doenças identificadas’. Segundo os oftalmologistas, o optometrista não deve tratar nenhuma doença, pois ele não está preparado para lidar com as complicações do tratamento.

> A responsabilidade de um médico que prescreve as medicações é totalmente diferente daquele que só faz o diagnóstico. Se a pessoa quer tratar alguma coisa ela tem que ser capaz de lidar com a situação e tratar as complicações. A partir do momento em que o optometrista seja capaz de lidar com patologias e lidar com a reversão de qualquer complicação que pode ter do tratamento, ele pode tratar. (Oftalmologista 5)

Outra atividade citada foi a triagem da acuidade visual: "Eu acho assim, é até uma orientação que eu tenho do Conselho de Oftalmologia, eu acho que o único exame que o optometrista poderia realizar para ajudar o paciente seria o teste de acuidade visual também." Oftalmologista 6

Finalmente, foi possível observar que a prática independente do optometrista não né aprovada pelos oftalmologistas, que propõem um trabalho conjunto:

> Optometrista poderia ter alguma função se ele trabalhasse junto com o médico, por exemplo, aqui dentro tivesse um optometrista que fizesse a parte da refração do lado e depois ele entrasse para o médico avaliar pressão, fundo de olho, as estruturas oculares, tudo. Para ver se precisa de óculos ou não. (Oftalmologista 3)

Quando questionados sobre o trabalho em conjunto a outros profissionais não-médicos os entrevistados citaram o auxílio de enfermeiros, técnicos e secretárias. Dentre as atividades desempenhadas por enfermeiros foram citadas operar máquinas de exames que não exigem conhecimento profundo, realizar exames de topografia, campo visual, cálculo de lente de catarata, auto-refração e dilatação (oftalmologista 1, 2, 3, 6).

> Dentro da oftalmologia existem vários exames que são feitos por aparelhos, por exemplo, auto-refração, que dá o grau de óculos da pessoa aproximado, e que o objetivo do enfermeiro ou do técnico de enfermagem é basicamente só colocar o paciente em frente ao aparelho e apertar o botão. E com esse valor aproximado a gente calcula o valor específico da pessoa. Então é só para facilitar e tentar agilizar a consulta. Mas os dados da consulta em si é sempre com o médico. (Oftalmologista 2)

Um dos entrevistados citou ter enfermeiros na equipe, mas que estes profissionais atuam somente na sua função "Cada um na sua função. Tem enfermeiros e técnicos mas as enfermeiras fazem as atividades de enfermagem mesmo" (Oftalmologista 7).

Já as atividades delegadas para os técnicos envolviam tanto serviços administrativos, como buscar prontuários, como dilatar a pupila e realizar a auto-refração de pacientes

(Oftalmologistas 4 e 8). Além disso, o oftalmologista 4 acrescentou outros exames, semelhantes aos já citados para os enfermeiros pelos outros entrevistados:

> A técnica pinga colírio para dilatar, fazem a higienização ocular, anestesia, coloca iodopovidona diluído e prepara pro ato cirúrgico. Montagem de aparelhos. Vários exames as técnicas fazem e a gente lauda, campo de visão, topografia, microscopia especular, ela faz. A gente vê se está dentro dos parâmetros. (Oftalmologista 4)

3. Considerações finais

De uma maneira em geral a equipe foi bem recebida nas UBS visitadas, com exceção de duas, uma em Cuiabá e uma na zona rural de Cuiabá, em que os gerentes das unidades se recusaram a receber os pesquisadores no momento da visita. Estas unidades foram substituídas por outras durante o campo.

A percepção dos pesquisadores é de que as unidades de saúde possuem uma infraestrutura limitada e precária, incluindo a organização e a disponibilidade de tecnologias que auxiliam o desenvolvimento das ações de saúde. Uma das unidades visitada não dispunha sequer de linha telefônica e internet. Apenas uma das UBS visitadas, que já havia sido policlínica, possui estrutura física muito boa, porém de acordo com os entrevistados, faltam recursos.

Quanto à disponibilidade de encaminhamento à atenção secundária e terciária, as respostas variaram entre os entrevistados. A maioria dos médicos e enfermeiros considera o sistema de encaminhamento ruim ou muito ruim, principalmente devido à demora, número limitado de vagas, não existência de contra referência e falta de organização da rede. Entre as especialidades com maior dificuldade foram citadas a ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e a neurologia. A dificuldade de acesso a exame de imagem também foi destacada em uma das entrevistas. Entre os dentistas, apenas o que atua em Várzea Grande considera o sistema ruim, pois no munícipio não existe referência para o paciente do SUS. Já a fisioterapeuta considera o sistema de encaminhamento nem ruim, nem bom e a psicóloga, bom.

Com relação ao escopo de prática, observou-se que os profissionais sabem executar mais procedimentos do que aqueles habitualmente realizados na prática, sendo o principal motivo a falta de materiais e infraestrutura adequada e a falta de demanda. No caso dos médicos estes procedimentos passíveis de serem realizadas nas UBS incluem suturas, eletrocardiograma, remoção de cisto, lipomas e nevos, inserção de sonda nasogástrica, remoção de corpo estranho, dentre outros.

Entre os enfermeiros, a prescrição de medicamentos foi uma atividade para potencial expansão de prática, sendo que a renovação de receitas médicas e a prescrição de medicamentos para pacientes com doenças crônicas já diagnosticadas são atividades que

estes profissionais relataram já saber fazer. Além destes, os enfermeiros citaram que gostariam de solicitar exames e um deles citou a importância de poder encaminhar a especialistas, realizar pré-natal de baixo risco e diagnosticar determinadas doenças, principalmente em áreas rurais.

Assim como os enfermeiros, a fisioterapeuta também citou a prescrição medicamentosa e a solicitação de exames como atividades que gostaria de desempenhar, além do tratamento de feridas profundas e prescrição de curativo. Apenas a psicóloga não se mostrou disposta a desempenhar mais atividades e acredita que a prescrição de medicamentos deve se manter como ato privativo do médico.

Sobre a expansão das atividades de dentistas um deles afirmou que poderia atender pacientes com necessidades especiais, realizar biópsias e tirar raio-X. Entretanto, o outro profissional acredita que não deveria haver expansão nas atividades, pois a demanda da UBS é mais voltada para a prevenção e promoção, e que, além de isso representar grande volume de trabalho, o perfil de atendimentos e de demanda é completamente diferente do de uma clínica especializada.

Os gestores se mostraram a favor da expansão das atividades clínicas dos profissionais, citando que a atuação do profissional de enfermagem é atualmente limitada e que estes profissionais possuem baixo nível de autonomia. Eles citaram que os médicos poderiam realizar pequenas cirurgias, atendimento de urgências, aplicação de medicamentos injetáveis e alguns exames de imagem e que a prescrição de medicamentos permitidos em unidades de estratégia de saúde da família, remoção de cerume e de sutura poderiam ser realizados por enfermeiros treinados. Sobre casos clínicos que usualmente são encaminhados para especialistas cardiologistas, ortopedistas e oftalmologistas os gestores citaram uma série de situações que poderiam ser resolvidas na UBS pelos médicos e por enfermeiros treinados. Quanto aos dentistas o tratamento endodôntico e a extração de siso foram citados como passíveis de serem realizados na UBS.

Em relação às especialidades médicas, a principal dificuldade encontrada se manteve, em relação aos campos anteriores, onde o acesso da equipe aos especialistas pré-selecionados foi dificultado pela discrepância entre os dados informados pelos profissionais – locais de trabalho e carga horária – e os dados registrados no CNES.

Observou-se resistência de alguns profissionais em receber os pesquisadores, devido ao elevado número de pacientes na fila de espera ou 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.

O quantitativo de profissionais especialistas, apesar de ser adequado, tem distribuição heterogênea no estado, concentrando principalmente em Cuiabá, no entorno e outras cidades polo. A maior parte dos pacientes que necessita de atendimento especializado, portanto, deve se deslocar até o profissional. Os oftalmologistas ainda têm maior alcance nos interiores e realizam mutirões de atendimento. Os encaminhamentos são feitos, geralmente, via SISREG, mas o tempo elevado de espera devido à alta demanda é criticado.

Durante o campo foi observada pequena parcela de médicos estatutários que, por possuir este tipo de vínculo, apresenta baixa rotatividade no setor público. Há uma forte presença de grupos médicos da mesma especialidade, que formam sociedades e remuneram os profissionais por plantão. Este tipo de arranjo, que não proporciona direitos trabalhistas, é predominante na região. As cooperativas também têm grande espaço, principalmente nos hospitais privados, e conseguem fixar médicos recém-formados pela facilidade de entrada, aceitando tanta pessoa física quanto jurídica. Apesar do baixo repasse financeiro aos profissionais, existem benefícios – como aluguel de casa, carro e passagens aéreas – para quem deseja atuar no interior do estado.

De maneira geral, os especialistas entrevistados são profissionais que possuem mais de 35 anos de idade e mais de 10 anos de experiência nas suas áreas. A visão dos entrevistados, principalmente oftalmologistas, é de que os médicos da atenção primária não estão capacitados nem contam com infraestrutura e equipamentos adequados para realizar atendimentos relacionados às especialidades pesquisadas. Com relação à atuação de fisioterapeutas e optometristas a resistência foi ainda maior.