EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde

Região de saúde do Entorno de Manaus - 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 do Entorno de Manaus

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
Manaus (AM) 7
2. Resultados das entrevistas 13
2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS 13
Caracterização dos estabelecimentos visitados 14
Análise das entrevistas 17
Médicos 17
Enfermeiros 24
Dentistas 30
Farmacêuticos 35
Psicólogo 39
Nutricionista 41
Gestores de UBS 42
Usuários 47
2.2. CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL – ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS 50
Cenário das entrevistas com os especialistas 51
Aspectos da Atenção Especializada e arranjos de trabalho 54
Ortopedistas 63
Oftalmologistas 69
3. Considerações finais 79

APRESENTAÇÃO

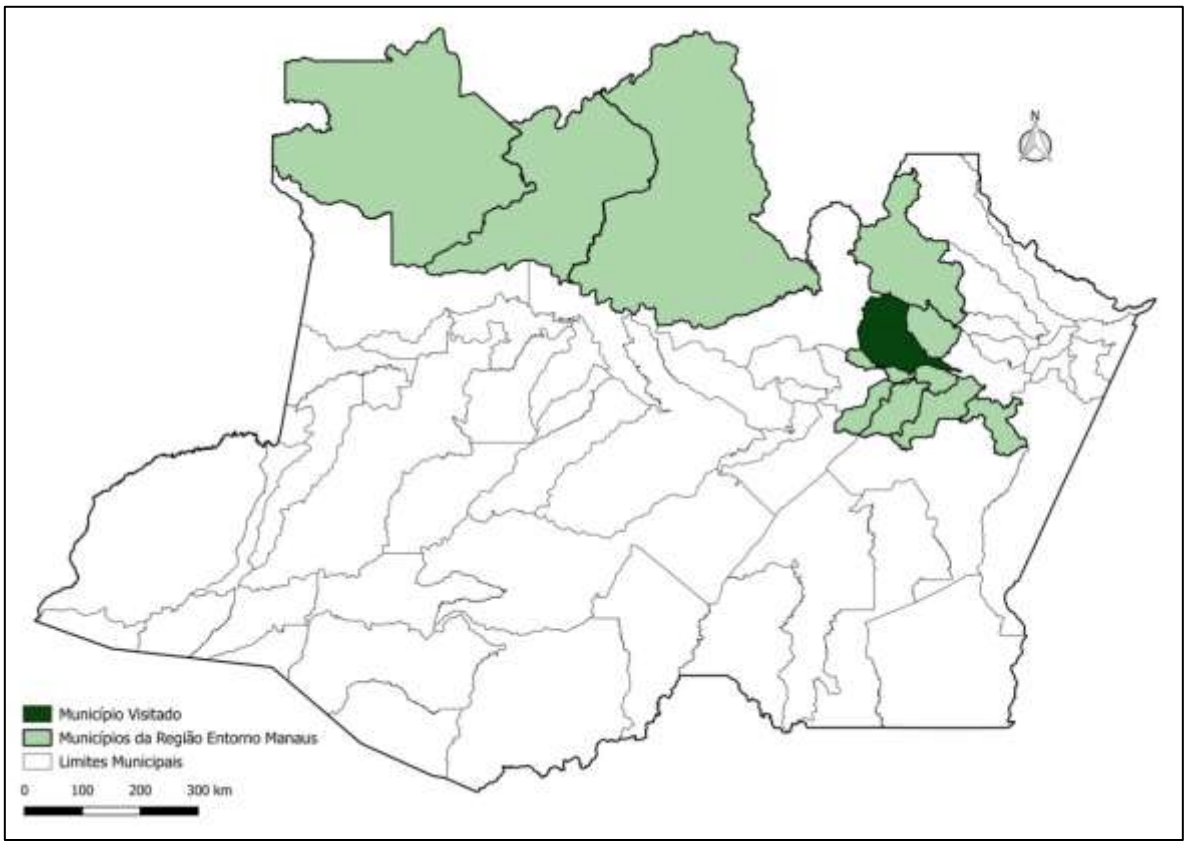
Esse relatório contém resultados relativos ao terceiro trabalho de campo proposto na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde” e ao segundo trabalho de campo proposto na pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas 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 29 de fevereiro e 04 de março de 2016, no município de Manaus, capital do estado do Amazonas e pertencente à região de saúde 'Entorno de Manaus', composta por 12 municípios que, além do visitado, inclui Presidente Figueiredo, Rio Preto de Eva, Iranduba, Careiro de Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes e Nova Olinda do Norte, Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro (Mapa 1).

Mapa 1: Municípios da Região do Entorno de Manaus



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

Manaus (AM)

Manaus é a capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com mais de dois milhões de habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015. Acesso para outras regiões brasileiras somente via aérea.

Dentre as atividades do setor saúde, informadas pela RAIS para o município de Manaus, o maior número de estabelecimentos eram de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305), 598, e o maior número de vínculos formais de emprego eram observados nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101), 8.324. Estes somavam 57 estabelecimentos, com uma média de 146 vínculos por estabelecimento.

A economia formal do município é extremamente diversificada: o comércio varejista responde por apenas 34,7% do total de estabelecimentos, incluindo aí 409 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717) e 188 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741). O maior número de vínculos formais de emprego é observado na Administração Pública em Geral (Classe 84116), mas em percentual bem abaixo dos observados nos outros municípios da região: apenas 19,4% dos vínculos encontram-se nesta classe de atividade.

Analisando os quocientes locacionais de estabelecimentos, os maiores são observados, em ordem decrescente, na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523), no Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211) e na Fabricação de Motocicletas (Classe 30911), a saber, 48,72, 35,68 e 34,64, respectivamente. Com relação aos vínculos, os maiores quocientes locacionais são observados na Fabricação de Motocicletas (Classe 30911), na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523) e na Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e

Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400): 72,74, 58,40 e 50,83, respectivamente (Apêndice B8).

Segundo os dados de CNES, em junho de 2015, Manaus possuía um total de 1.318 estabelecimentos de saúde, sendo 41,9% consultórios isolados, 17,8% Unidades Básicas de Saúde e 15,2% Clínicas especializadas. Dos especialistas estudados, 40,1% dos ortopedistas estão em hospitais gerais, 20,1% em hospitais especializados e 19,2% em cooperativas. Com relação aos oftalmologistas, 33,3% estão em clínicas especializadas, seguido por 23% em hospitais gerais e 20,7% em hospitais especializados (Tabela 1).

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

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	18	1,4	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	235	17,8	-	-	-	-
Policlínica	38	2,9	29	13,1	29	4,8
Hospital Geral	25	1,9	51	23	240	40,1
Hospital Especializado	22	1,7	46	20,7	120	20,1
Pronto Socorro Geral	1	0,1	-	-	-	-
Consultório Isolado	552	41,9	20	9	8	1,3
Unidade Móvel Fluvial	5	0,4	-	-	-	-
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	200	15,2	74	33,3	29	4,8
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	96	7,3	-	-	2	0,3
Unidade Móvel Terrestre	7	0,5	1	0,5	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	48	3,6	-	-	-	-
Farmácia	3	0,2	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,2	-	-	-	-
Cooperativa	33	2,5	-	-	115	19,2
Secretaria de Saúde	8	0,6	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	3	0,2	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	0,2	-	-	-	-
Pronto Atendimento	9	0,7	1	0,5	55	9,2
Telessaúde	1	0,1	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,1	-	-	-	-
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	4	0,3	-	-	-	-
Laboratório de Saúde Pública	1	0,1	-	-	-	-
Central de regulação	2	0,2	-	-	-	-
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,1	-	-	-	-
Total	**1.318**	**100**	**222**	**100**	**598**	**100**

Fonte: CNES-BRASIL – Junho de 2015.

Neste mesmo ano o CNES registrava um total de 7.188 vínculos de médicos para um total de 3.264 indivíduos, representando uma razão de 2,2 vínculos por médicos. Considerando aqueles médicos que atuavam na APS a razão é mais equilibrada, sendo 714 vínculos para 620 indivíduos, 1,2 vínculos por médicos. Com relação às demais profissões a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é menor, variando de 1,1 para os nutricionistas e 1,4 para os dentistas. O mesmo se aplica àqueles profissionais da APS (Tabela 2).

Com relação às especialidades médicas, a razão de vínculos por indivíduo para os oftalmologistas é bem inferior à dos ortopedistas. Enquanto os oftalmologistas possuem 222 vínculos para 129 indivíduos, entre os ortopedistas o número de vínculos é quatro vezes superior ao número de indivíduos, respectivamente 598 vínculos para 150 indivíduos. (Tabela 2).

Tabela 2: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo das profissões estudadas em Manaus, 2015

	Total de Profissionais			Total da APS		
	Vínculos	**Indivíduos**	**Razão**	**Vínculos**	**Indivíduos**	**Razão**
Médicos	7.188	3.264	2,2	714	620	1,2
Cirurgiões-dentistas	1.363	952	1,4	309	284	1,1
Enfermeiros	2.309	1.820	1,3	349	339	1,0
Farmacêuticos	825	609	1,4	41	37	1,1
Fisioterapeutas	374	304	1,2	13	13	1,0
Psicólogos	268	229	1,2	26	26	1,0
Nutricionistas	119	106	1,1	5	4	1,3
Oftalmologistas	222	129	1,7	-	-	-
Ortopedistas/traumatologistas	598	150	4,0	-	-	-

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, entre o total de médicos o vínculo mais comum é de cooperado (41%) seguido de estatutário (19,6%). Entre os enfermeiros a proporção de cooperados também se destaca (33,2%), sendo um pouco inferior apenas em relação aos vínculos estatuários para esta categoria (36,2%). Já entre os demais profissionais o vínculo mais comum é como estatutário. Destaca-se o elevado número de nutricionistas com vínculo temporário (32,8%) (Tabela 3).

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

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	1.409	19,6	554	40,6	836	36,2	470	57,0	97	25,9	83	31,0	44	37,0
Empregado público	36	0,5	25	1,8	45	1,9	11	1,3	2	0,5	4	1,5	1	0,8
Comissionado	8	0,1	1	0,1	4	0,2	5	0,6	1	0,3	2	0,7	1	0,8
Celetista	104	1,4	2	0,1	148	6,4	52	6,3	46	12,3	26	9,7	13	10,9
Temporário	626	8,7	147	10,8	418	18,1	180	21,8	86	23,0	62	23,1	39	32,8
Autônomo, pessoa física	319	4,4	48	3,5	5	0,2	33	4,0	28	7,5	11	4,1	2	1,7
Autônomo, pessoa jurídica	583	8,1	92	6,7	5	0,2	9	1,1	22	5,9	9	3,4	2	1,7
Cooperado	2.948	41,0	9	0,7	766	33,2	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Bolsista	105	1,5	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residente	286	4,0	2	0,1	22	1,0	7	0,8	17	4,5	9	3,4	3	2,5
Estagiário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	133	1,9	22	1,6	3	0,1	7	0,8	12	3,2	6	2,2	1	0,8
Outros, vínculo empregatício sem descrição	220	3,1	196	14,4	10	0,4	25	3,0	22	5,9	12	4,5	3	2,5
Outros, autônomo sem descrição	411	5,7	265	19,4	44	1,9	24	2,9	40	10,7	44	16,4	10	8,4
Total	**7.188**	**100**	**1363**	**100**	**2.309**	**100**	**825**	**100**	**374**	**100**	**268**	**100**	**119**	**100**

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

Tabela 4: Quantidade de vínculos das profissões estudadas da Atenção Primária em Saúde, por tipo de vínculo em Manaus, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	408	57,1	271	87,7	287	82,2	40	97,6	12	92,3	10	38,5	5	100,0
Empregado público	0	0,0	2	0,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0
Comissionado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	1	0,1	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0
Temporário	63	8,8	27	8,7	57	16,3	1	2,4	1	7,7	13	50,0	0	0,0
Cooperado	126	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	100	14,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	2	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	14	2,0	5	1,6	3	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	**714**	**100**	**309**	**100**	**349**	**100**	**41**	**100**	**13**	**100**	**26**	**100**	**5**	**100**

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

Já considerando apenas os profissionais que atuam na APS, observamos que com exceção dos psicólogos/psicanalista em que 50% dos vínculos temporários, a maioria dos vínculos para as demais profissões é estatutário. Entre os médicos da ABS, destaca-se, ainda, a proporção de cooperados e bolsistas, respectivamente 17,6% e 14% dos vínculos (Tabela 4).

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, 71,2% dos ortopedistas são cooperados e 8,9% autônomos pessoa jurídica. Entre os oftalmologistas 29,7% possui contrato temporário e 11,3% são cooperados ou possuem outro tipo de vínculo empregatício sem descrição no CNES; 10,8% são estatutários (Tabela 5).

Tabela 5 – Número de vínculos de ortopedistas/traumatologistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Manaus (AM), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	24	10,8	32	5,4
Empregado público	1	0,5	3	0,5
Celetista	6	2,7	3	0,5
Temporário	66	29,7	17	2,8
Autônomo, pessoa física	8	3,6	21	3,5
Autônomo, pessoa jurídica	18	8,1	53	8,9
Cooperado	25	11,3	426	71,2
Residente	20	9	-	-
Informal	11	5	5	0,8
Outros, vínculo empregatício sem descrição	25	11,3	12	2
Outros, autônomo sem descrição	18	8,1	26	4,3
TOTAL	**222**	**100**	**598**	**100**

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

Com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que órgãos de administração direta da saúde agregam um pouco mais da metade dos ortopedistas (52,7%) e as cooperativas (19,2%). Já as empresas privadas agregam a maioria dos oftalmologistas (65,8%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de vínculos de ortopedistas/traumatologistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Manaus (AM), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	55	24,8	315	52,7
Administração Direta de outros órgãos (MEC MEx Marinha etc)	9	4,1	22	3,7
Administração Indireta - Fundação Pública	6	2,7	43	7,2
Empresa Privada	146	65,8	63	10,5
Cooperativa	-	-	115	19,2
Serviço Social Autônomo	1	0,5	1	0,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	5	2,3	39	6,5
Total	**222**	**100**	**598**	**100**

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

2. Resultados das entrevistas

2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS

Ao total foram visitadas sete unidades de saúde, nas quais foram realizadas 29 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 7. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 7: Relação de entrevistados durante do Campo Manaus, março, 2016.

Entrevistados	N
Médicos	6
Enfermeiros	5
Dentistas	3
Farmacêuticos	2
Fisioterapeutas	0
Psicólogo	1
Nutricionista	1
Gestores UBS	3
Usuários	8
Total	29

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Caracterização dos estabelecimentos visitados

A Atenção Primária em Saúde de Manaus contempla dois modelos de estabelecimentos de saúde: o modelo "tradicional", popularmente chamado de casona, construído de acordo com os critérios do Ministério da Saúde em uma área aproximada de 130m²; e as denominadas "casinhas", unidades básicas de saúde que funcionam em uma estrutura de 32m² e abrigam uma equipe de ESF composta por um médico, um enfermeiro e 7 a 12 agentes comunitários de saúde.

Desde 2011 a Prefeitura de Manaus vem reformando estas unidades para se adequarem ao preconizado pelo Ministério da Saúde, visando uma ampliação do quadro de funcionários e maior oferta de serviços à população atendida. Na estrutura atual as "casinhas" oferecem apenas consulta médica e visitas domiciliares. Já o modelo novo de UBS conta com serviço odontológico, coleta de exames e imunização, farmácia, salas específicas para nebulização e curativo, e sala destinada aos ACSs.

Mesmo com a estrutura adequada, os profissionais que atuam dentro das UBS de modelos "tradicionais", ou casonas, consideram que há escassez de materiais e recursos humanos. Uma das enfermeiras entrevistadas relata que existe falta de pessoal de limpeza, levando os próprios profissionais de saúde a desempenharem esta atividade, o que compromete o atendimento prestado, principalmente se forem executar procedimentos que necessitam de técnica asséptica:

> Aqui na unidade a gente tem uma precariedade muito grande de serviços de limpeza, então cada um *meio que* cuida do seu espaço [...] Eu vou, limpo a sala e depois vou manusear o paciente. Não acho correto. (Enfermeira 2)

Dentre as sete UBS visitadas, três seguiam o modelo de "casinha" e quatro o modelo "tradicional". Destas, apenas uma localizava-se na zona rural. Nota-se que, em Manaus, existem duas coordenações da APS: uma urbana e uma rural.

As três casinhas visitadas possuíam uma estrutura física limitada e precária e eram localizadas em bairros de periferia de Manaus (Figura 1). A falta de segurança foi destacada pelos profissionais entrevistados nestas unidades, pois várias já haviam sido assaltadas. Chamou atenção dos pesquisadores à preocupação da equipe das casinhas em manter sempre as portas trancadas e sair no horário pré-estabelecido por questão de

segurança. A falta de segurança não foi destaca apenas pelos profissionais das cainhas, mas também pelos demais entrevistados, inclusive da zona rural.



Figura 1: (a) UBS O03 – Modelo de "casinha"; (b) Região do entorno da "casinha".

Entre as unidades urbanas, uma destacou-se por ser considerada "modelo" (Figura 2). Esta, onde antes funcionava uma policlínica, possui ampla área física, quatro equipes de saúde da família completas e mais um médico com carga horária semanal de 20 horas – para atendimento à população descoberta pela estratégia de saúde da família. O espaço comporta mais uma equipe, que tem proposta de contratação em breve, segundo a gestora da unidade. Esta UBS conta com ampla recepção, sala de acolhimento, consultórios médicos e odontológicos, laboratório, sala de ultrassonografia, sala de eletrocardiograma, sala do NASF, sala da coordenação, sala de reuniões e grupos operativos esala de estudos – utilizada principalmente pelos alunos da residência multiprofissional, que são recebidos na unidade.



Figura 2: Unidade Básica de Saúde "modelo"

A zona rural visitada (Figura 3) abrange grande extensão territorial e dispõe, além das Unidades Básicas de Saúde da "sede", de cinco unidades funcionando em suas microáreas. O acesso ao local se dá apenas por meio de transporte fluvial não gratuito,

cujo trajeto é feito regularmente durante todo o dia, a depender da quantidade de água presente no rio. Em épocas de seca a população deve andar longas distâncias para ter acesso a este transporte e as escolas da região chegam a interromper suas atividades.

A comunidade possui duas equipes de saúde da família, sendo uma fixa na "sede" e a outra atendendo as microáreas. A estrutura física ainda é inadequada (por falta de espaço a sala de prontuários é a mesma onde se aplica vacina) e a comunidade sofre com a escassez de água potável e de recursos materiais. A água é levada pelos profissionais na denominada "lancha da saúde", meio de transporte exclusivo dos profissionais. Além disso, como a unidade não possui local de refrigeração adequada, as vacinas seguem o mesmo trajeto. A enfermeira relata que a comunidade abriga duas parteiras e, portanto, algumas mulheres ainda mantém a tradição do parto domiciliar.



Figura 3: (a) Chegada à Com. Rural Nossa Senhora de Fátima; (b) UBS da Com. rural Nossa Senhora de Fátima.

A Comunidade de São Sebastião, microárea visitada, possui estrutura semelhante às casinhas, mas comporta recepção, dois consultórios e um laboratório de endemias. A estrutura é precária e não possui ventilador ou ar condicionado (Figura 4). Este, criado para agilizar o diagnóstico de malária – doença endêmica na região – possui um técnico de laboratório como responsável. O exame é colhido assim que o profissional de saúde levanta a hipótese diagnóstica e pode ser confirmado de imediato, para início precoce do tratamento.



Figura 4: (a) Chegada à Comunidade São Sebastião; (b) Posto de Saúde da Com. São Sebastião; (c) Laboratório de endemias da Com. São Sebastião; (d) Vista da Com. São Sebastião.

De acordo com os relatos do médico e da enfermeira entrevistados na zona rural as outras unidades, das demais microáreas também não possuem uma estrutura física adequada. Em uma das comunidades a população é atendida em um bar aberto, em outras duas a própria população construiu as unidades. Apesar da falta de estrutura, os entrevistados relatam que não falta medicamento para as microáreas atendidas.

Análise das entrevistas

Médicos

Entre os seis médicos entrevistados durante o campo, a maioria era do sexo masculino, todos com idade acima de 30 anos. Um era venezuelano e cinco eram brasileiros. Entre estes, um era natural de município do mesmo estado onde foi realizada a entrevista, três do próprio município e um de outro estado. Todos residiam no município pesquisado.

Com relação à graduação, apenas o entrevistado estrangeiro não graduou no município pesquisado.

O tempo de atuação na APS variou de 5 a 16 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 a 11 anos. Dois médicos eram bolsistas do Programa Mais Médico (PMM) e os demais eram estatutários. O médico brasileiro do PMM (5) relatou durante a entrevista que era concursado do município, porém resolveu largar o concurso e entrar no Programa, pois considera a bolsa mais vantajosa do que o salario que recebia, principalmente por não ter que declarar no imposto de renda. Apenas um não possuía título de especialista. Quatro dos entrevistados declaram possuir outro trabalho, um em outra UBS e três em hospitais. Destes, um atua como bioquímico, cuja formação em farmácia antecedeu à de médico (Tabela 8).

Tabela 8: Perfil dos médicos entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

MÉDICOS						
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Naturalidade/UF	Manaus – AM	Boca do Acre – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Tocantins – MG	Barinas – Venezuela
Município de residência	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	39	39	41	44	60	33
Ano de conclusão da graduação	2004	2003	2003	2000	2007	2010
Município/UF de graduação	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Caracas – Venezuela
Tempo de atuação na APS	11 anos	13 anos	12 anos	16 anos	5 anos	6 anos
Tempo de atuação na UBS	11 anos	2 anos	3 anos	3 anos	3 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40**	40**
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Bolsista	Bolsista
Possuí título de especialista	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Sim	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 de pacientes atendidos pelos profissionais é amplo e diversificado. Com relação ao escopo de atividades 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 os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBSs e, se não realizavam, se sabiam ou não

realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do médico em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

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

- Pré-natal de baixo risco
- Pré-natal de alto risco
- Solicitar exame de sangue oculto nas fezes
- Queixas de olho vermelho
- Tratamento de lombalgias (dor lombar)
- Tratamento de infecção urinária recorrente
- Tratamento de rinopatias alérgicas
- Tratamento de sinusite recorrente
- Tratamento de asma
- Tratamento de anemia
- Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica
- Tratamento de micoses superficiais
- Tratamento de dermatites

Já os procedimentos e atividades realizados por apenas um dos profissionais entrevistados em uma das unidades visitadas incluem:

- Remoção de lesões na pele
- Raspagem para determinação de fungo
- Tratamento de hematoma subungueal
- Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores
- Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)
- Infiltração de anestésico local
- Imobilização de fraturas
- Oxigenoterapia
- Eletrocardiograma

Os resultados indicam que os médicos sabem executar mais procedimentos do que realizam na prática, nas UBSs. Entre os procedimentos apresentados 75% (n=38) foram indicados por pelo menos um dos profissionais como 'não realizo, mas sei fazer'. Entre estes, foram procedimentos indicados por todos ou pelo menos cinco dos entrevistados:

- Suturas
- Remoção de unha encravada
- Remoção de cistos, lipomas e nevos
- Parto normal de baixo risco
- Punção venosa
- Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica

Quatro dos médicos afirmaram saber realizar, porém não os realizam procedimentos como:

- Incisão e drenagem de abcesso
- Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores
- Cauterização de epistaxe
- Infiltração de anestésico local
- Imobilização de fraturas
- Eletrocardiograma

Com relação aos procedimentos que os médicos não realizam e não sabem realizar 59% (n=29) foram indicados por pelos menos um dos entrevistados, sendo que pelo menos quatro dos entrevistados citaram:

- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele
- Tratamento de hematoma subungueal
- Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)
- Remoção de calo doloso
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva
- Parto normal de alto risco
- Eletrocardiograma

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos médicos foi alto. O procedimento ‘remoção de unha encravada’ é desempenhado por quatro médicos com baixo nível de confiança. A ‘remoção de lesões na pele’, a ‘remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores’ e a ‘remoção de corpo estranho de membros superiores e inferiores’ foram citadas por três dos entrevistados como baixo nível de confiança em desempenhá-las. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que os médicos sabem fazer, porém não os realizam nas UBSs a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’ foi citada pelos seis entrevistados. Outros motivos como ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’ e ‘é realizado por outro profissional de saúde da UBS’ foram identificados por dois entrevistados. Um entrevistado citou ainda ‘a política da UBS não permite a realização destes procedimentos’, ‘sobrecarga de trabalho’, ‘não é do âmbito da atenção primária em saúde’ e ‘falta de capacitação’.

Três entrevistados afirmaram que não realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde. Já os outros dois afirmaram que o fazem, citando atividades administrativas, de coordenação de programas, além de atividades relacionadas à psicologia e serviço social (aconselhamento, abordagem familiar e psicoterapia).

Com relação à percepção dos médicos sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas os entrevistados estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, os principais citados foram a realização de pequenas cirurgias e teste de refração.

Apareceram ainda os seguintes procedimentos: fundoscopia, ultrassonografia obstétrica, inserção de DIU, atenção às DST's, realização de testes rápidos, solicitação de exames específicos (ex.: endoscopia digestiva alta, teste ergométrico), tratamento de verrugas, remoção de cerume, remoção de corpo estranho em otorrinolaringologia, terapia endovenosa, realização de parte do EAS (fita-reagente).

> "Eu encaminho toda a parte de otorrino [...] mais corpo estranho porque não temos instrumental. Pequenas cirurgias poderia também. Pacientes que precisam de tratamento endovenoso [...] mas aí sigo o protocolo e encaminho para a atenção secundária." (Médico 6)

> "Às vezes uma grávida passa a gestação inteira [...] Se ela não pagar um ultrassom, ela não consegue fazer. E se tivesse um [aparelho de ultrassonografia] aqui no posto, a gente fazia rapidinho [...] E sem muita dificuldade." (Médico 5)

Um dos entrevistados mostrou-se resistente quanto a esta questão: "Eu não tenho essa visão não, eu acho que o especialista tem o seu papel e eu tenho o meu" (Médico 2).

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – cinco dos entrevistados afirmaram que estariam dispostos, principalmente se houvesse um treinamento específico, suporte dos gestores e material adequado. Apenas um não estaria disposto, alegando que não seria possível fazer um diagnóstico preciso:

> "Eu acho que eu não tenho como fazer um diagnostico diferencial, através de exames laboratoriais, exames de imagem. Seria um '*chutômetro'*. Não seria uma abordagem integral." (Médico 2)

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, três avaliaram como muito ruim, dois avaliaram como ruim e um

avaliou como nem ruim, nem bom. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: tempo alto de espera, não existência de contrarreferência, a baixa resolutividade e a não responsabilização das cooperativas pelos pacientes encaminhados:

> "A cooperativa [...] ele não vai ver aquela pessoa nunca mais! É diferente de mim, que tenho que ver ele toda semana! [...] Então ele lava as mãos de imediato. Não tem continuidade! Não tem resolutividade! [...] E é toda cooperativa assim. Ela induz a isso. Ela induz a jogar tudo *pras* casinhas". (Médico 5)

Este médico exemplificou a desresponsabilização da atenção especializada com o caso de uma paciente de aproximadamente 13 anos de idade que, com dor no joelho, buscou atendimento em um pronto socorro por diversas vezes. Após episódios repetidos de tentar resolver o problema de forma paliativa, com anti-inflamatórios, foi solicitado um hemograma que identificou leucemia gravíssima, mas não havia sequer orientação ou contato com a paciente. Antes disso a criança já havia passado pelo dentista, que não atentou à coloração de suas mucosas.

> "[...] Uma criança foi no dentista, numa policlínica. Aí o dentista foi tentar fazer um canal e não conseguiu. E a criança reclamando de dor na perna! Ela foi quatro vezes no hospital reclamando de dor no joelho, dor no joelho, dor no joelho. [...] Por coincidência eu *tava* trabalhando no laboratório, fazendo os exames. Apareceu esse hemograma *malucão* lá. A bioquímica desesperada querendo saber o endereço. Era uma leucemia gravíssima! Um leucócito de 80.000 [...] Ela foi quatro vezes no pronto socorro. *Tacavam* Ibuprofeno e mandavam pra casa. Ela tinha 13, 14 anos [...] Por coincidência eu trabalhava lá perto, aí mandaram pra eu atender essa criança, como um extra: – "Ah, tem uma criança ali que ninguém quer atender. Veio mostrar um exame!" Quando eu abro o exame, não era aquele hemograma?! A menina foi cair na minha mão! Gente, quando ela abriu a boca, não precisava de mais nada ali! Não precisava nem de um hemograma! Na hora que ela abriu a boca, você viu a gengiva da menina, já *tava* praticamente definido! Ela passou por 4 profissionais. Isso é uma coisa inadmissível!!! E a queixa dela de dor no joelho... Parece aquela coisa patética.. Escrito na testa!!! Isso não é normal numa criança de 12, 13 anos [...] Então não adiantou ter especialista lá na ponta [...] Ele sabe que não vai ver aquela pessoa nunca mais na vida, né?! Aí é fácil!" (Médico 5)

> "Isso aí tá na mentalidade do profissional... Isso aí não tem quem corrija não.. Eu acho que teria que começar lá nas escolas [Você acha que ele é formado pra isso?] É formado pra isso. [Na graduação ou na residência?] Na graduação mesmo! Ele já é treinado a pedir aqueles exames em lote, já viu?! [...] Só se mexe agulha se tiver um resultado de exame ali, né?! É uma dependência de laboratório, como se o laboratório resolvesse... Você não cuida de exames, né?! Você cuida de pessoas! [...] A escola tem muito a ver com isso... A formação escolar!" (Médico 5)

Os médicos destacaram maior dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades como ortopedia, neurologia, endocrinologia, urologia e psiquiatria. Um dos médicos afirmou que o processo de regulação é feito a partir de protocolo de triagem e "[...] se o paciente tiver só uma doença banal, ele nunca vai conseguir especialista" (Médico 6).

Sobre com quais tarefas clínicas os médicos gostariam de gastar menos tempo apenas três médicos responderam: um citou a puericultura e os outros dois, demanda espontânea. Um deles afirma que a população não é orientada sobre quando procurar o serviço de saúde, aumentando a demanda de atendimento:

> "Se a comunidade não tem o que fazer no dia, ela vem aqui, só porque quer ver a gente [...] E você não pode ficar batendo cabeça com as pessoas por causa disso. Se elas tivessem outra coisa pra fazer, talvez, *né*?!" (Médico 5)

As atividades não clínicas foram citadas pela maior parte dos entrevistados, mesmo não sendo analisadas no questionário: "Consumo muito tempo cumprindo indicadores, metas" (Médico 6).

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual dois dos respondentes consideram estar sobrecarregados porque a demanda é alta, um indicou que está sobrecarregado também por realizar trabalho de outros profissionais, três afirmaram não estar sobrecarregados no trabalho, sendo que dois poderiam executar mais tarefas clínicas.

> "Eu poderia fazer mais coisa se, por exemplo, a gente não tivesse que alcançar tanta meta. A gente tem meta pra tudo [...] Então a gente fica muito preso ao assistencialismo [para cumprir metas][...] Quem faz o Programa de Saúde na Escola é o enfermeiro. Eles não querem que o médico saia da assistência porque querem que o médico fique atendendo, atendendo... Quando eu *tô* de férias, por exemplo, parece que aqui *tá* um deserto [...] Eles faltam à consulta do enfermeiro, né?! Então a gente *tá* trabalhando muito isso, agora.[...] A gente tá fazendo assim: Ele só vai conseguir a consulta médica se ele tiver passado na consulta do Hiperdia. É uma forma de fazer com que ele compareça à consulta do Hiperdia. [...] O nosso grande problema é isso, é medicocêntrico. É o que a gente tenta quebrar. Mas isso aí é para os nossos netos verem, porque é complicado." (Médico 4)

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todos os médicos afirmaram consultar protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro realizam consulta/discussão de caso tanto com outros médicos quanto com outros profissionais

de saúde e três participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Nenhum entrevistado utiliza o serviço de telessaúde.

Enfermeiros

Entre os seis enfermeiros entrevistados durante o campo, cinco eram do sexo feminino. A idade variou de 33 a 44 anos. Todos eram brasileiros, sendo três naturais de Manaus e três naturais de outros estados (Pará, Paraíba e Paraná). Todos residiam no município pesquisado. Com relação à graduação todos os entrevistados graduaram em seu estado de origem, sendo que apenas um o fez em município diferente de sua naturalidade.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1 a 20 anos, sendo que cinco atuavam a mais de 10 anos. O tempo de atuação na UBS visitada variou de 1 a 11 anos. Todos eram estatutários. Cinco possuíam carga horária semanal de 40 horas e uma possuía dois vínculos no mesmo estabelecimento, cumprindo carga horária total de 60 horas (Tabela 9).

Tabela 9: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

ENFERMEIROS						
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Naturalidade/UF	Itaituba – PA	Manaus – AM	João Pessoa – PB	Manaus – AM	Londrina – PR	Manaus – AM
Município de residência	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	35	33	44	33	36	43
Ano de conclusão da graduação	2003	2004	1996	2007	2002	1995
Município/UF de graduação	Santarém – PA	Manaus – AM	João Pessoa – PB	Manaus – AM	Londrina – PR	Manaus – AM
Tempo de atuação na APS	11 anos	10 anos	20 anos	1 ano	13 anos	20 anos
Tempo de atuação na UBS	3 anos	2 anos	5 anos	1 ano	11 anos	5 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40	30 + 30**
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Não	Não	Não	Sim	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

Dois entrevistados declararam trabalhar em outro local, sendo um hospital e um pronto atendimento. Todos os entrevistados declararam ter títulos de especialistas: um em enfermagem cardiovascular; um em urgência e emergência; um em saúde da família e administração hospitalar; um em obstetrícia; um em epidemiologia e saúde pública; e um em UTI neonatal e adulto (Tabela 9).

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, 57,4% foram assinaladas como 'Faz na UBS', 29,9% em 'Não faz, mas sabe fazer' e 12,7% em 'Não faz, e não sabe fazer'. Entre os procedimentos apresentados 88,2% (n=30) são realizados por pelo menos uma enfermeira na atenção primária.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Interpretar exames laboratoriais;
- Realizar exame de 'Papanicolau;
- Interpretar exame de Papanicolau;
- Prescrever tratamento para vulvovaginites;
- Realizar pré-natal de baixo risco;
- Realizar consulta de puericultura;
- Aplicar vacinas.

Cinco dos entrevistados citaram, ainda:

- Comunicar diagnóstico aos pacientes (como hipertensão e diabetes);
- Renovar a prescrição médica;
- Encaminhar usuários a outros serviços;
- Solicitar exames de imagem;
- Interpretar exames de imagem;
- Retirar pontos;
- Realizar curativos.

Quatro entrevistados afirmaram “prescrever curativos” e três “realizar pré-natal de alto risco”. Duas afirmam “prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas”, ‘interpretar o resultado de teste tuberculínico’, ‘inserir sonda vesical de alívio’ e “realizar eletrocardiograma”. Os demais foram citados por três enfermeiros.

Os seguintes procedimentos não são realizados por quaisquer entrevistados:

- Prescrever medicamentos controlados;
- Parto normal;
- Parto normal emergencial;
- Realizar teste tuberculínico.

As seguintes atividades são desempenhadas por apenas um dos entrevistados:

- Realizar sutura;
- Realizar drenagem de abscesso;
- Realizar imobilizações;
- Inserir sonda nasogástrica/lavagem gástrica;
- Inserir sonda nasoentérica;
- Inserir sonda vesical de demora;
- Anestesia local.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam, mas sabem fazer, não houve nenhum citado por todos os entrevistados. A realização de parto normal de baixo risco, bem como a inserção de sondas (nasogástrica, nasoentérica e de demora) foram citadas por cinco profissionais.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam e não sabem realizar 41,2% (n=14), foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo ‘prescrever medicamentos controlados’ o procedimento com o maior número de respostas, citado por quatro.

A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelas enfermeiras foi alto. Os procedimentos citados como tendo baixo nível de confiança obtiveram uma indicação, cada. São eles:

- Prescrever medicamentos controlados;
- Interpretar exames de imagem;
- Realizar sutura;
- Realizar imobilizações;
- Realizar parto normal;
- Realizar teste tuberculínico.

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 materiais e infraestrutura inadequada’ foi relatado por cinco entrevistadas. ‘Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde’ foi citado por três profissionais. Os demais motivos foram citados por dois ou menos entrevistados.

Quatro entrevistados afirmaram que não realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde. Um deles afirma que o trabalho naquela unidade é “Cada um no seu quadrado” (Enfermeira 4). Já os outros dois afirmaram que o fazem, citando atividades administrativas, de limpeza e de técnicos de enfermagem.

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 nenhum procedimento médico: - “Nenhuma. Não tenho essa pretensão. A gente divide bem os papéis, aqui” (Enfermeiro 1). Três citaram a prescrição de medicamentos – um citou antibióticos para infecções do trato urinário na gestação, um não especificou e um citou tratamento com antibiótico para vulvovaginites, tratamento para verminoses e dermatites na infância.

> “A gente tem o conhecimento, mas se sente de mãos atadas por não por poder prescrever, porque a farmácia não libera. Só libera com o carimbo do médico”. (Enfermeira 4)

A solicitação de exames de imagem foi citada por dois entrevistados. A realização de suturas maiores e o encaminhamento para especialistas também foram citadas por um dos entrevistados.

> “Aqui no Brasil é muito fechado pra isso. Poderia dar mais abertura [...] Porque tu sabe... Tem hora que não tem médico mesmo não. Tu tem que se virar nos 30. Eu tenho uma colega que trabalha no interior que tem hora que é ela e ela, e pronto, ‘*zefini’*! Não tem médico não. Ela tem que resolver tudo!” (Enfermeira 6)

Sobre a realização de diagnósticos de doenças e prescrição de medicamentos, dentro de uma área específica de atuação – como já ocorre no Canadá, com enfermeiros pós-graduados e com experiência clínica – todos os entrevistados se mostraram dispostos, condicionando esta ampliação de escopo à capacitação adequada, à disponibilidade de

insumos e ao respaldo jurídico e do conselho de enfermagem. Apenas um restringiu a atuação à saúde da mulher e da criança.

> "Eu acho que seria importante [...] Com capacitação adequada, respaldo jurídico adequado, respaldo do conselho [...] O que fosse o melhor para o usuário. Na verdade tem que ser bom para ele." (Enfermeiro 1)

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um avaliou como boa, dois avaliaram como nem ruim e nem boa, dois como ruim e um com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: número reduzido de profissionais que atendem pelo SUS, limitando o número de vagas para encaminhamento.

> "A gente tenta, mas não abre vaga, sabe?! [...] fica quase um ano pra [conseguir] um ortopedista [...] A gente marca por aqui, *né*?! [...] Os pacientes acham que é porque a gente que não *tá* marcando, não porque não *tá* abrindo vaga." (Enfermeira 5)

Outros motivos citados foram: tempo de espera prolongado, não existência de contrarreferência, encaminhamento de demanda que poderia ser resolvida nas UBSs, baixa resolutividade, existência de muita "burocracia" e encaminhamento só pode ser realizado pelo médico. Uma entrevistada relatou, ainda, o costume da população em querer o especialista, sem antes ser atendido pelo clínico, e a vontade dos profissionais em atender o interesse desta população.

> "Você sabe o que eu acho? As pessoas estão muito acostumadas, e a gente também, a não resolver [...] porque a gente aprende, a gente teria condição de resolver muitos dos problemas, a maioria. E depois encaminharia só o extremamente necessário. Então eu acho que isso ainda falta. Eu acho que se encaminha muita coisa que não deveria se encaminhar. A população já vem certinho: "Eu quero um dermatologista. Eu quero um ortopedista". Não procurou nem um clínico, às vezes, direito, mas já quer um especialista [...] Falta a gente querer resolver. Saber que é a nossa parte, que a gente pode resolver, e não seguir o que a população *tá* falando ou aquilo que é mais fácil, talvez." (Enfermeira 5)

Além das especialidades médicas, uma enfermeira afirma que o acesso a exames complementares também tem sido difícil, fazendo o paciente optar, muitas vezes, por realizá-los através de desembolso direto, em serviços não públicos.

> "Até pra fazer exame, agora, pessoal *tá* tendo dificuldade pra marcar [...] De imagem... Por exemplo, o ultrassom obstétrico. Era pra ter um acesso melhor. Não tem! [...] Muitas pacientes *tão* fazendo *'particular'* [...] Exame básico, de vez em quando, diz que não tem kit [...] hemograma, glicemia, VDRL, T3, T4 [...] pessoal tá tendo dificuldade [...] colesterol, triglicérides, ureia, creatinina, TGO, TGP. São os exames aí mais comuns. Até aquelas tiras de glicemia capilar, que era pra ter nas unidades, vira e mexe falta aqui". (Enfermeira 6)

Sobre com quais tarefas clínicas os enfermeiros gostariam de gastar menos tempo quatro afirmam que o tempo não poderia ser reduzido com nenhuma tarefa clínica, sendo que todos estes acreditam que o tempo desprendido com o serviço administrativo/burocrático é que deveria ser diminuído. Um entrevistado acredita que poderia se gastar menos tempo com pré-natal, enquanto atividades não preventivas foi a resposta de outro enfermeiro:

> "A atenção básica é mais preventiva que curativa, porém a população busca mais com o intuito curativo, ocupando muito tempo com outras atividades – como consultas agendadas – ao invés de focar na prevenção". (Enfermeira 4)

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual três afirmaram estar sobrecarregados: um porque faz o trabalho de outro profissional e dois porque a demanda é alta. Três afirmaram que não estão sobrecarregados, sendo que um poderia executar mais tarefas clínicas.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todos os enfermeiros afirmaram que consultam protocolos clínicos, livros e artigos. Cinco realizam consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde (não enfermeiros), bem como participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Quatro realizam consulta/discussão de caso com outros enfermeiros. Apenas um utiliza o recurso telessaúde. Outras citações foram: curso de aperfeiçoamento realizado pelo distrito de saúde, conversa com o responsável técnico do distrito e participação em projetos universitários/preceptoria.

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 interpretar exames laboratoriais, solicitar e interpretar exames de imagem e prescrever tratamento para vulvovaginites. A renovação da prescrição médica, a prescrição de medicamentos que constam na relação da farmácia básica, a interpretação do resultado de "Papanicolau" e a realização de pré-natal de baixo risco foram citadas por cinco enfermeiros como 'Não poderia ser realizada por técnicos'. As atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram: retirada de pontos (sem supervisão), realização do exame "Papanicolau" (sob supervisão indireta), realização de imobilizações e realização de curativos. Para estes houve divergência de

respostas quando questionadas sob qual supervisão autorizariam (direta, indireta ou sem supervisão). O acolhimento de casos agudos foi vetado por apenas um entrevistado.

Dentistas

Foram entrevistados três dentistas durante o campo, duas do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade variou de 25 e 58 anos. Todos eram brasileiros, sendo dois naturais do mesmo município onde foi realizada a pesquisa e um de município localizado em outro estado. Todos residem no município pesquisado. Com relação à graduação todos graduaram no município de sua naturalidade.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1 a 28 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 4 meses a 5 anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo que um possuía vínculo como estatutário, um como contratado temporariamente pela administração pública e um bolsista de residência em saúde da família e comunidade. Dois dentistas declararam trabalhar em outro local, sendo um em consultório particular e um em serviço de pronto atendimento. Apenas um declarou ter título de especialista, sendo em cirurgia oral menor e estomatologia (Tabela 10).

Tabela 10: Perfil dos dentistas entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

DENTISTAS			
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**
Naturalidade/UF	Belém – PA	Manaus – AM	Manaus – AM
Município de residência	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	50	58	25
Ano de conclusão da graduação	1993	1983	2014
Município/UF de graduação	Belém – PA	Manaus – AM	Manaus – AM
Tempo de atuação na APS	5 anos	28 anos	1 ano
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista	3 anos	5 anos	4 meses
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS onde foi realizada entrevista	Estatutário	Contrato temporário	Bolsista
Possuí título de especialista	Sim	Não	Não
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não

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

O grupo de pacientes atendidos pelos profissionais nas UBS foi variável. O grupo etário abrangia desde crianças a idosos, incluindo homens mulheres e gestantes para todos os entrevistados. Apenas um deles atendia ‘neonatos’ e dois atendiam ‘lactentes’. Quanto a grupos em situação de vulnerabilidade, nenhum atendia quilombolas ou populações sazonais e todos atendiam ribeirinhos. Pacientes com doença crônica atendidos por todos os profissionais incluíam ‘Pacientes diabéticos’, ‘Pacientes hipertensos’, ‘Pacientes cardiopatas’, ‘Pacientes com hipertireoidismo’, ‘Pacientes dependentes químicos’, ‘Pacientes portadores de deficiência física’, ‘Pacientes acamados, com problemas de mobilidade’.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 29 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 dentista em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as dentistas, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática. Entre os procedimentos apresentados 69% (n=20) são realizados por pelo menos uma dentista na atenção primária. Do total de respostas 54,0% foram assinaladas como ‘Faz na UBS’, 32,2% em ‘Não faz, mas sabe fazer’ e 13,8% em ‘Não faz, e não sabe fazer’.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades na UBS:

- Anestesia;
- Restauração direta;
- Polimento coronário;
- Raspagem subgengival;
- Raspagem supragengival;
- Restauração atraumática;
- Tratamento periodontal;
- Pulpotomias;
- Atendimento de urgências;
- Aplicação tópica de flúor;
- Extração de dente decíduo;
- Extração de dente permanente;
- Sutura

Entre os procedimentos que as dentistas não realizam, mas sabem fazer, todas citaram ‘coroa (prótese fixa e unitária)’, ‘próteses removíveis’, ‘cirurgia periodontal’ e ‘moldagem’. Entre os procedimentos citados como ‘outros’ encontram-se: ‘escovação supervisionada’, ‘evidenciação de placa’, ‘profilaxia com escova de Robson e pasta profilática’, ‘tratamento de alveolite’, ‘acesso e medicação intracanal’, ‘cimentação de prótese unitária’, ‘retirada de sutura’ e ‘drenagem de abscesso’.

Já as seguintes atividades não são realizadas por nenhum dos entrevistados:

- Clareamento
- Coroa (prótese fixa e unitária)
- Próteses removíveis
- Implante dentário
- Tratamento ortodôntico corretivo
- Cirurgia periapical
- Cirurgia periodontal
- Moldagem
- Ortodontia preventiva

Entre os procedimentos que os dentistas não realizam e não sabem realizar ‘implante dentário’, ‘tratamento ortodôntico corretivo’ e ‘ortodontia preventiva’ foram citados por todos os profissionais. ‘Clareamento’, ‘cirurgia periapical’ e ‘endodontia de molares’ foram citados por um profissional.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos dentistas foi alto. O único procedimento que foi assinalado por um entrevistado como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-lo foi ‘cirurgia periodontal’. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que as dentistas sabem fazer, porém não realizam nas UBSs ‘Não é do âmbito da atenção primária em Saúde’ foi relatada por dois entrevistados, enquanto um apontou a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’.

Dois entrevistados afirmaram que não realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde:

> “A gente faz algumas coisas que seriam pra atenção especializada, pro CEO (Centro de especialidades odontológicas), tipo ‘*exo*’[dontia] de dente incluso, que não seria do nosso âmbito aqui. Mas a gente faz, eu faço nos meus pacientes! Até porque se eles forem pra lá [CEO], eles têm que ficar esperando um mês pra ser agendado, entendeu? E no meu caso específico, como é minha especialidade, eu concentro aqui. [...] Aí lanço como extração simples mesmo,

> porque a gente nem tem esse código no nosso monitoramento. Não consta na minha produtividade." (Dentista 1)

Com relação à percepção das dentistas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por dentistas especialistas elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, dois entrevistados afirmam que poderiam realizar endodontia e periodontia. Pequenas cirurgias e remoção de rânula foram citados por um dentista.

> "Cirurgia periapical não. Até porque não tem material. O material não vem pra cá, vai pro centro de especialidades. *[Mas, se tivesse material, você faria?]* Em alguns casos, porque quando começa a fazer muito, começa a aparecer mais, sabe?! [...] Já tem muita coisa pra fazer." (Dentista 1)

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 disponibilidade de materiais adequados, e acrescentou: "O cenário ideal seria que todos os problemas daquela pessoa fossem resolvidos nessa primeira porta de entrada" (Dentista 3). Um foi favorável à expansão apenas para a endodontia, alegando que cirurgias podem complicar, não sendo possível remoção de emergência. Um dentista afirmou não estar disposto a desempenhar estas atividades no Brasil.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, os entrevistados afirmam que depende da especialidade para a qual se encaminha. De modo geral, um dentista avaliou como muito ruim e dois avaliaram como nem ruim e nem boa. Os motivos para as avaliações negativas foram: tempo de espera, insuficiência de materiais, organização do serviço e deficiência de pessoal.

> "Endodontia tá precisando melhorar muito. *[E você acredita que é uma questão de profissional?]* Não, acho que é uma questão de material mesmo. Tem o profissional." (Dentista 3)

Sobre com quais tarefas clínicas os dentistas gostariam de gastar menos tempo dois afirmaram que não desejariam reduzir o tempo com nenhum procedimento e um apontou a exodontia.

> "O que acontece muito: a gente encaminha o paciente pra fazer canal e ele vê que demora muito, muito tempo. Aí ele prefere extrair, fazer exodontia, do que ficar perdendo tempo e o dente começar a doer de novo". (Dentista 3)

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual um afirmou não estar sobrecarregado e dois afirmaram estar sobrecarregados, porque a demanda é alta:

> "[...] tem muito '*fora de área*'[1]. [...] a cobertura em si, da atenção primária, ainda precisa melhorar, né?! Talvez, hoje, seja pouco mais de 50%". (Dentista 3)

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todas as dentistas afirmaram que consultam protocolos clínicos, livros e artigos, bem como participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Dois realizam consulta/discussão de caso com outros dentistas e com outros profissionais de saúde. Nenhum entrevistado utiliza o recurso telessaúde. Um dentista apontou também a 'internet' como recurso utilizado.

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

'Polimento coronário', 'aplicação tópica de flúor' e 'retirada de sutura' foram autorizadas a serem realizas por técnicos, por todos os dentistas com divergência sobre o tipo de supervisão em que seriam submetidos. Os demais procedimentos apresentaram ainda mais divergências de respostas.

[1] Como a cobertura da Atenção Primária em Saúde, no município de Manaus, ainda é considerada baixa, grande parte da população não tem uma Unidade Básica de Saúde de referência. Esta busca atendimento em uma UBS fora da região em que reside e é chamada, portanto, pelos profissionais que prestam o atendimento, de "fora de área".

Farmacêuticos

No campo foram entrevistados dois farmacêuticos do sexo masculino, um de 37 e o outro 42 anos de idade. Ambos eram naturais e residiam no município em que foi realizada a pesquisa. Além disso, se graduaram na Universidade Federal do Estado do Amazonas e possuíam curso de especialização.

Ambos eram estatutários com carga horária semanal de 20 horas pelo Município, atuando em UBS, e servidores do Estado com vínculo de 30 horas semanais – um atuava em Hospital e o outro como perito criminal em laboratório forense. Um atuava na APS por dois e outro por dez anos; nenhum deles não era membro do NASF e ambos atuavam na unidade básica de saúde nas quais foram entrevistados há menos de dois anos.

Um deles ajudou a implantar um programa do Município chamado "Farmácia Gratuita", um modelo inspirado em São Paulo, no qual havia farmácias nos metrôs. Segundo o entrevistado, em Manaus as farmácias foram abertas em três terminais de ônibus, de forma complementar às farmácias das UBS e que concentravam um maior número de medicamentos básicos comparado às unidades.

Um dos farmacêuticos relatou que não realiza "farmácia clínica", desempenhando mais atividades gerenciais e de dispensação e orientação sobre medicamentos. Neste sentido, os grupos de pacientes atendidos pelo farmacêutico correspondem a pacientes aos quais ele dispensa medicamentos. Ambos relataram atender desde lactentes até idosos, incluindo homens, mulheres e gestantes. Dentre os grupos vulneráveis ambos atendiam desabrigados/pessoas que vivem nas ruas, mas nenhum atendia imigrantes, quilombolas, pessoas privadas de liberdade ou populações sazonais. Dentre os pacientes portadores de doenças crônicas ambos atendiam pacientes diabéticos, hipertensos, cardiopatas, pacientes portadores de hipertireodismo, obesos, com doenças endêmicas, portadores de deficiência física, de sofrimento mental e paciente com problemas respiratórios.

Dentre estes grupos, o farmacêutico destacou que pacientes com hipertireoidismo são atendidos atualmente em outras unidades de saúde, como no Parque 10 e a unidade da

Newton Lins e que, inclusive, os poucos medicamentos da farmácia básica para atender a estes pacientes seriam removidos da lista. Já os pacientes com câncer eram encaminhados para a Unidade de Saúde por uma antiga farmacêutica que atuava no NASF do município e em uma unidade do CECOM para que eles pudessem receber o medicamento "Ondasetrona".

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

Os resultados indicam que os farmacêuticos executam na prática menos atividades do que declaram saber fazer e que o padrão de atividades desempenhadas por eles difere principalmente em atividades voltadas para a comunidade, como orientação sobre o acesso a medicamentos, logística reversa e acolhimento aos usuários. Dentre os procedimentos listados, pelo menos um dos farmacêuticos relatou realizar apenas 15 (32%) procedimentos, enquanto sabe realizar outros 22 (47%).

Atividades realizadas por ambos os profissionais incluem:

- Programar o abastecimento de medicamentos;
- Notificar à ANVISA reações adversas;
- Notificar à ANVISA queixas técnicas;
- Distribuir medicamentos;
- Realizar inventário de estoque;
- Dispensar medicamentos alopáticos;
- Dispensar medicamentos fitoterápicos;
- Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde;
- Controlar a validade dos medicamentos da UBS.

Algumas das atividades listadas eram desempenhadas por um nível central, como a elaboração da lista de medicamentos e a seleção dos itens, citado por um dos farmacêuticos:

> "A padronização dos medicamentos é feito em nível central, define a padronização através da gestão. Mas esse padrão eu divulgo, atualizo o que tem disponível para o corpo clínico. [...] A gente tem ativamente na prefeitura a Comissão de Farmácia e Terapêutica que seleciona os itens."

Ambos relataram não saber:

- Qualificar fornecedores;
- Dispensar medicamentos homeopáticos;
- Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde;
- Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica;
- Solicitar exames de imagem;
- Interpretar exames de imagem;
- Realizar punção arterial;
- Perfurar lóbulo auricular;
- Realizar curativos de pequeno porte; e
- Realizar acupuntura.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados por pelo menos um dos farmacêuticos foi alto (n=22) e médio (n=26). Apenas um entrevistado afirmou ter baixa confiança em desempenhar em alguma atividade, que foi ‘Administrar medicamentos injetáveis’. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação (n=30) ou sozinho (n=19).

Os motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que os farmacêuticos sabem fazer, porém não realizam nas UBS foram: 'falta de materiais e infraestrutura inadequada', a qual um dos farmacêuticos ressaltou a falta de espaço físico, a atividade ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’ e a ‘sobrecarga de trabalho’.

Dois entrevistados afirmaram que não realizam atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde. Com relação à percepção dos farmacêuticos sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos, um deles afirmou estar disposto a realizar consulta e prescrição de medicamentos para grupos seletos, para começar, como portadores de diabetes e hipertensão, mediante capacitação para realizar tal atividade. O outro disse que não está disposto a realizar nenhuma atividade privativa do médico. Entretanto, ao ser questionado sobre a prescrição de medicamentos o farmacêutico se dispôs a realizar mediante regulamentação da prática junto às entidades de classe, habilitação por meio de curso de pós-graduação e existência de protocolos clínicos.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um declara ser boa, para os medicamentos estratégicos, mas ruim para os medicamentos do Componente Especializado, pois não há divulgação da lista padronizada pelo Estado, além de existir mais de uma lista, organizada segundo o preço

do medicamento. O outro avaliou como muito ruim, já que a equipe desconhece o funcionamento do sistema regulador, não tem vagas disponíveis e que o sistema não funciona em rede.

Apesar de realizar poucos procedimentos um dos farmacêuticos relatou que está sobrecarregado porque a demanda é alta, citando que gostaria de gastar menos tempo com atividades relacionadas à consulta farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico, orientações para grupos de risco e sobre aplicação de insulina para pacientes. Já o outro o farmacêutico relatou não está sobrecarregado e que poderia executar mais tarefas clínicas, inclusive o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes e hipertensão. A tarefa com a qual gostaria de gastar menos tempo foi a realização de inventário.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ambos responderam que discutem caso com outros farmacêuticos eque consultam a protocolos clínicos, livros e artigos. Além disso, um participa de atividades educativas ou programas de educação permanente, em especial da Universidade Aberta do SUS e o outro discute casos com outros profissionais de saúde.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do farmacêutico para os técnicos em farmácia. Da lista de 24 procedimentos, sete foram classificados como ‘Não poderia ser realizada por técnicos’ por ambos os entrevistados:

- Elaborar lista de medicamentos;
- Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde;
- Qualificar fornecedores;
- Notificar à ANVISA reações adversas;
- Notificar à ANVISA e queixas técnicas;
- Administrar medicamentos injetáveis;
- Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo.

Os demais procedimentos (70%) seriam autorizados por ambos os profissionais de nível superior a serem executadas pelos seus técnicos, divergindo apenas quanto ao tipo de supervisão em que estariam condicionados.

Psicólogo

Durante o campo foi realizada uma entrevista com um psicólogo, do sexo masculino, brasileiro, 44 anos de idade, natural e graduado em 1997 em Recife, Pernambuco e mestre em Psicologia Organizacional. Atua há um ano e meio na APS e na UBS onde foi realizada a entrevista. Faz parte da equipe do NASF da unidade, é estatutário, com carga horária de 30 horas semanais. Além do trabalho na UBS é professor universitário em Manaus.

Entre os 32 procedimentos/atividades disponibilizados no questionário de psicólogos, o mesmo indicou realizar 84,3% (n=27) na unidade em que atua. Não incluído na lista, porém indicado pelo entrevistado como atividade realizada na UBS foi interconsulta com outros profissionais de saúde. A orientação de pacientes quanto ao uso adequado de psicofármacos, o entrevistado indicou que o realiza, porém sempre em conjunto com o farmacêutico da unidade.

Apenas dois procedimentos foram citados entre aqueles que o entrevistado 'não realiza e não sabe realizar', respectivamente prescrição de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

Já entre os procedimentos que o entrevistado indicou que não os realiza na UBS, porém tem conhecimento para tal incluem:

- Prescrição de medicamentos psicotrópicos
- Auxiliar os pacientes durante a reinserção social
- Acompanhamento de pacientes com cuidados paliativos
- Preparar os pacientes para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive de hospitais psiquiátricos.

O motivo informado pelo psicólogo para a não realização destas atividades/procedimentos foi porque existem profissionais mais qualificados para a realização dos mesmos, apesar de que o mesmo frisou em vários momentos da entrevista que a maioria das atividades/procedimentos são realizadas em conjunto com a equipe do NASF, não sendo responsabilidade apenas de um ou outro profissional.

O nível de confiança indicado para a realização das atividades/procedimentos que o entrevistado realiza e/ou sabe realizar foi Alto, com exceção da prescrição de medicamentos psicotrópicos, em que foi indicado um nível de confiança Médio e de dar

orientações quanto ao uso adequado de psicofármacos, para o qual alega uma Baixa confiança. As principais formas de aprendizado destas atividades/procedimentos foi sozinho, a partir da prática profissional na UBS, e no curso de graduação.

O entrevistado afirmou que realiza atividades de outros membros da equipe somente na ausência de algum dos profissionais

> "[...] se falta o nutricionista eu posso dar orientações nutricionais, mas eu não prescrevo. Se falta a assistente social eu posso dar alguma orientação sobre direito, mas eu não posso intervir. Sempre que tem outro profissional no grupo, que tenha mais conhecimento que não naquela atividade especifica, mas ele não esta aqui, ai eu assumo a ponta, faço o acolhimento, dou uma orientação geral. E se ele tiver alguma dúvida ainda ele volta para falar com o profissional mais qualificado."

O psicólogo considera que poderia realizar alguma atividade privativa do médico da APS apenas em caso de necessidade.

> "Não, porque nossa equipe funciona muito bem. Eu não vejo nenhuma atividade médica que eu preciso assumir. É claro que se houvesse necessidade eu assumiria. (...) até a precisão de medicamentos psicotrópicos, mesmo que eu sei fazer, eu não faço nada, eu não falo nada, porque aqui a gente sempre discute e ele [o médico] prescreve".

Ao ser introduzido um cenário em que o profissional é questionado se estaria disposto a prescrever medicamento psiquiátrico em áreas remotas e desassistidas, baseado em experiência Norte Americana, o mesmo informou que estaria sim, na ausência de um médico psiquiatra.

> "Por que assim, na medida em que existe um profissional altamente preparado para isso, o curso dele todo foi isso, voltado para doença, a gente é voltado para pessoa (...) não tendo esse profissional a gente age sim. Eu não tenho o menor pudor em prescrever, se for necessário, mesmo não sendo legal as vezes, eu *to* lá no meio do mato, tem a medicação disponível lá e eu conheço, eu prescrevo na hora para o paciente tomar".

Em relação à disponibilidade de encaminhamento de usuários para serviços especializados, o entrevistado indicou que não considera nem ruim e nem bom.

> "A gente tem uma rede que dá conta, é difícil, mas por enquanto dá conta e os CAPS são todos aqui perto. Tem outros lugares, mas distantes que precisa de mais gente. A única questão que a gente questiona um pouco é que a rede não funciona como rede. Eu encaminho gente e não tenho uma resposta de lá [CAPS]. Isto não é um problema especifico do profissional, a própria rede é assim. (...) Por isso que não considero nem ruim e nem bom, a gente tem acesso, mas esse acesso tem limites, tem barreiras".

Sobre sua atual condição de trabalho não se considera sobrecarregado e gostaria de gastar menos tempo apenas com atividades burocráticas. No seu trabalho utiliza recursos como: discussão de casos com outros profissionais com outros psicólogos e outros profissionais de saúde, consulta a protocolos clínicos, livros e artigos e participação em atividades educativas e/ou programas de educação permanente.

Nutricionista

No campo apenas uma nutricionista foi entrevistada, do sexo feminino, 36 anos de idade, natural e residente de Manaus. Formou-se no mesmo município, em 2003, e possuía curso de especialização em "Obesidade e emagrecimento", além de "Tecnologia Educacional". Atua na APS há dois anos, sempre na unidade em que foi realizada a entrevista. Seu vínculo é como estatutária e a carga horária semanal é de 30 horas. Trabalha também em um ambulatório de média complexidade, que atende somente idosos, como estatutária da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM).

Foi disponibilizada à profissional uma lista de 43 procedimentos clínicos e não clínicos da atenção primária para que a entrevistada indicassem se os realizava ou não no estabelecimento visitado e, em caso negativo, se sabia ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança da profissional em desempenhar estes procedimentos e a principal forma de aprendizado.

Os resultados (Apêndice B6) indicam que a nutricionista está executando o que sabe fazer, de modo geral, na prática. Entre os procedimentos/atividades disponibilizados no o mesmo indicou realizar 69,8% (n=30) na unidade em que atua.

A entrevistada apontou sete procedimentos (16,3%) que ela sabe fazer, mas não realiza na UBS:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Controlar qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
- Prescrever fitoterápicos;
- Prescrever medicamentos alopáticos;
- Prescrever nutrição parenteral;
- Gerir unidades de alimentação e nutrição;
- Gerir unidades de saúde.

Seis procedimentos (13,9%) foram citados como 'Não realiza e não sabe realizar':

- Realizar atendimento de urgência e emergência;
- Administrar nutrição enteral;
- Administrar nutrição parenteral;
- Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família;
- Inserir cateter superficial;
- Inserir sondas nasogástricas e nasoentéricas.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pela nutricionista foi alto (n=30). O baixo nível de confiança foi identificado apenas para 'Realizar acolhimento de casos agudos'. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

O único motivo identificado para a não realização de procedimentos que a nutricionista sabe fazer, porém não realiza na UBS foi 'Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde'. Ela afirma que não realiza atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde e ressalta: *"A gente só faz o que compete à gente mesmo"*.

Com relação à percepção da nutricionista sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos ela estaria disposta a realizar na atenção primária em saúde, ela relata não estar disposta a desempenhar nenhuma atividade:

> [...] a gente tem que seguir a resolução do nosso conselho, senão eles *metem* um processo. *[E se você pudesse realizar?]* Aí eu teria que fazer um curso de medicina, porque eu não estaria fazendo coisas que competem ao nutricionista.

Ao ser questionada sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, ela diz não saber responder, pois *"Normalmente é o médico que referencia. Quando é alta ou média complexidade não chega a passar pela gente"*. A nutricionista relata realizar muitas atividades, mas afirma não estar sobrecarregada.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ela refere discutir caso com outros profissionais de saúde, consultar protocolos clínicos, livros e artigos, além de participar de atividades educativas ou programas de educação permanente.

Gestores de UBS

Todas as gestoras entrevistadas eram do sexo feminino, com idade entre 34 e 45 anos. Duas eram formadas em enfermagem, uma com especialização em Obstetrícia/Saúde da

Mulher e a outra em Saúde da Família e Gestão Publica Municipal. A terceira gestora formada em Serviço Social não possuía título de especialista na ocasião da pesquisa. As três estão no cargo de gestoras das UBSs há três anos. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de 3 a 23 anos (Tabela 11).

Tabela 11: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

GESTORES			
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	34	52	45
Tempo de atuação na APS (anos)	3	23	17
Tempo de atuação na UBS (anos)	3	4	3
Tempo de atuação como gestor da UBS (anos)	3	3	3
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Serviço Social
Possui título de especialista	Sim	Sim	Não

*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 as entrevistadas 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.

As três entrevistadas concordam que **'a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas'.** Apenas uma das gestoras não concorda que '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária um qualificação especifica',** alegando que os profissionais já são qualificados, sendo que a maioria dos profissionais que atuam na UBS possui título de especialista (Gestor 1)

Ao serem questionadas se '**algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS'**, as três concordar. Duas citaram como exemplos a realização e intepretação de exames como eletrocardiograma, raio-X , ultrassom (Gestoras 1 e 2), já a terceira destacou a atenção a saúde da criança e a gestantes, que são encaminhadas para o pediatra ou

ginecologista obstetra, mas que poderiam estar sendo atendidas pelo médicos de saúde da família.

As três entrevistadas também concordam que '**a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas'**, uma, no entanto com ressaltavas afirmando que não poderia compensar, mas sim complementar, "(...) *igual ao NASF [Núcleo de Apoio a Saúde da Família], que são um grupo de especialistas que complementam o trabalho da ESF [Estratégia de Saúde da Família]"* (Gestora 3). Outra gestora já destacou que esta expansão poderia contribuir para desafogar os prontos socorros (Gestora 1).

As três gestoras concordam que "**algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados**"

> "A minha enfermeira é bem capacitada. Só que tem coisas que ela não pode fazer, além da profissão dela. Por exemplo, às vezes uma gravida com infecção urinaria ela tem que encaminhar para um ginecologista, mas ela podia muito bem resolver, pois ela sabe de todos os exames que são feitos, ela que acompanha o período todinho da gestante" (Gestora 1)

> "Tem algumas demandas que o enfermeiro poderia assumir e às vezes até já assume dentro do conhecimento dele. O enfermeiro da ESF que faz o pré-natal ele avalia o ultrassom, avalia os exames (...) um preventivo que o enfermeiro fez e detecta um corrimento vaginal, ele pode tem autonomia para prescrever o tratamento" (Gestora 2).

Se "**a expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos**", duas concordam e uma discorda, porque a população não aceita ser atendida pelo enfermeiro:

> "quando foi instituído a Saúde da Família em Manaus ele nasceu com uma característica diferente, (...) ela começou com o médico da família e não com o Programa de Saúde da Família (...) ela começou com esta característica centralizada no profissional médico (...) esse médico ficou enraizado na cultura. Se o paciente chegar aqui e não tiver o médico, o enfermeiro até tenta, mas ele não quer ser atendido pelo enfermeiro" (Gestora 2)

Em relação a possíveis atividades que os enfermeiros poderiam estar realizados foram citados a prescrição de medicamentos e interpretação de exames. Uma das enfermeiras enfatizou ainda uma briga de classe entre médicos e enfermeiros, principalmente diante da centralidade da figura do médico:

> "Por conta disto o corporativismo do médico ficou bem fortalecido. Foi uma briga muito ferrenha. A enfermeira atendia o paciente do pré-natal com infecção urinária e ela prescrevia o medicamento e o paciente pegava na mesma unidade e

> houveram médicos que utilizaram desta prescrição para entrar com processo contra a enfermeira “ (Gestora 2)

Também foi perguntado as entrevistadas se ‘**algumas atividades executadas por dentistas em centros de especialidades odontológicas, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária’**. Duas concordam com esta afirmativa, citando como exemplo realização de canal, pequenas cirurgias, drenagem de abcesso, sutura. Já gestora que discorda desta afirmativa, alegou que *“tudo o que eles podem fazer eles já fazem, o resto é por falta de estrutura*” (Gestora 1)

Duas gestoras concordam que ‘**cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica**’. A única que discorda defende que deve existir um protocolo geral para todos os municípios (Gestora 1) . Esta também concorda com a próxima afirmativa de que o ‘**Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica’**.

Com relação à delegação de tarefas se **‘é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos’**, novamente duas concordam, uma, porém fez uma ressalva afirmando que concorda, mas não totalmente “*pois eu acredito que a própria contribuição dos técnicos é importante nesta construção também. Não acredito que a proposta seja fiscalizar, mas que seja fazer em conjunto*” (Gestora 3). Outra já acredita já justifica que

> “a atribuição do enfermeiro com o técnico de enfermagem é de supervisionar para que ele faça o que está só dentro da sua atribuição. Porque o enfermeiro responde pelo técnico de enfermagem, se ele fizer, por exemplo, uma sutura, que é de responsabilidade do cirurgião, pode dar conflito. Então não vamos deixar que ele faça a sutura embora ele possa ter todo o material para fazer” (Gestora 2).

A que discorda defende que os técnicos já têm sua qualificação e responsabilidades (Gestora 1). As três entrevistadas concordam que ‘**a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos deve respeitar os limites estabelecidos por Lei’**.

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 as opiniões foram diversas, enquanto uma afirma que ambas deveriam ter um peso, mas não a

palavra final (Gestora 2); uma afirma que a palavra deveria ser do ministério da saúde (Gestora 1) e a outra que deveria ser do conselho (Gestora 3). Já se '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão**', apenas uma discorda.

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBSs. Com relação à cardiologia os gestores citaram algumas atividades que já são realizadas na atenção básica, como acompanhamento de hipertensos, diabéticos, pacientes que sofreram AVC, paradas cardíacas. Para fazer mais dependeria de estrutura, material e capacitação dos médicos. Duas citaram importância de um eletrocardiograma (Gestoras 1 e 2). Um das gestoras defende que o médico da atenção básica deve atuar na prevenção, ele não pode substituir o cardiologista (Gestora 3).

Em relação à oftalmologia e a ortopedista, não foram citados casos clínicos concretos que poderiam ser resolvidos na atenção básica, no entanto a questão da falta de estrutura física e material foi apontada, a exemplo do raio-X no caso da ortopedia, que se disponível poderia contribuir para redução de encaminhamentos. No que diz respeito a oftalmologia uma das gestoras citou que seria possível fazer a avaliação de acuidade visual que atualmente só é realizado nas escolas, outra gestora enfatiza novamente que o papel da atenção básica é de prevenção:

> "Eu acredito que todas as especialidades elas podem ter a redução do seu agravo na atenção primária. No caso especifico da oftalmologia a identificação de diagnósticos precoce em crianças, através dor programa saúde na escola, podem prevenir situações de agravo. (...) Se você for pensar na ortopedia, seriam trabalhos preventivos, com casos de obesidade. (...) O papel do Terapeuta Ocupacional e do Fisioterapeuta nas escolas verificando peso da mochila e postura correta na sala de aula." (Gestora 3).

Foi solicitado também às entrevistas que indicassem quais casos clínicos frequentemente encaminhados para outras especialidades poderiam ser resolvidos nas UBSs, em que foram citados casos da ginecologia (infeções) e casos da dermatologia, como machas na pele.

Por fim, foi solicitado às gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. As três citaram como vantagem a melhoria da resolutividade da atenção básica. Duas

acreditam que não existe uma desvantagem e uma enfatizou que a única dificuldade seria manter essa expansão, principalmente diante da falta de recursos humanos, de material e infraestrutura (Gestora 2).

O questionário de médicos está disponível no Apêndice B7.

Usuários

Foram entrevistados oito usuários do SUS, de ambos os sexos, em oito UBS diferentes – a idade dessas pessoas variou entre 25 e 73 anos, e a renda mensal pessoal máxima identificada foi de três salários mínimos. Dois usuários, respectivamente os usuários 5 e 6, relataram não receber qualquer tipo de renda mensal, citando como fonte de renda familiar apenas o auxílio doença recebido pelo cônjuge e o valor referente ao Programa Bolsa Família. A escolaridade dos entrevistados oscilou desde "Nenhuma escolaridade" até a formação completa no Ensino Médio. Nenhum dos usuários possuía plano privado de saúde à época da realização da pesquisa (Tabela 12).

Tabela 12: Perfil dos usuários entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

	USUÁRIOS							
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	73	64	46	25	61	35	69	65
Escolaridade	1° grau incompleto	2° grau completo	2° grau completo	2° grau incompleto	1° grau incompleto	1° grau completo	Nenhuma	2° grau completo
Renda mensal (salários mínimos)	1 a 3	1 a 3	1 a 3	Até 1	Nenhuma renda	Nenhuma renda	Até 1	1 a 3

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

Exceto pelo usuário 4, que relatou ser a primeira vez que visitava aquela UBS, todos os outros eram clientes habituais das demais unidades de saúde onde foram realizadas as entrevistas. Entre os motivos para a procura pelo serviço de saúde no dia da entrevista, foram citadas razões agudas, como sintomas críticos de infecções – dor, febre ou pruridos, e motivos diversos, como retorno de consulta médica para entrega de exames, administração de medicamento injetável de uso regular e entrega de laudo médico para

aposentadoria. Apenas um usuário havia procurado a unidade de saúde devido à situação crônica de saúde (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 todos esses casos, o enfermeiro foi o profissional procurado, apontado como aquele que solucionou o problema de saúde dos usuários.

Uma série de situações de atendimentos em saúde na 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 procuraria outro serviço de saúde que pudesse ser atendido por um médico, enquanto outro afirmou que gostaria de ser atendido por um farmacêutico, por esse profissional ser melhor capacitado no que diz respeito a medicamentos: *"quando vou à farmácia, o farmacêutico sempre me orienta o medicamento"*. O restante dos usuários respondeu que desejaria ser acompanhado pelo enfermeiro da UBS; entre esses, um ainda relatou que poderia ser consultado também pelo técnico de enfermagem ou ainda pelo *"agente de saúde"*.

Em circunstância de presença de sintomas de tosse há uma semana, o mesmo usuário que procuraria outra UBS na situação anteriormente relatada (Usuário 8), afirmou novamente que buscaria outro serviço, ao mesmo tempo que um dos entrevistados relatou preferir aguardar mais dois dias para ser atendido pelo médico, já que *"a enfermeira não pode prescrever tudo"*. O restante dos usuários preferiria ser atendido pelo enfermeiro no mesmo dia.

Em hipótese de fortes e frequentes dores de cabeça, a maioria, o total de seis dos entrevistados, optaria pelo atendimento no mesmo dia, realizado pelo enfermeiro, e afirmou que faria uso de medicamento anti-inflamatório prescrito por esse profissional durante a consulta realizada, enquanto os outros dois usuários decidiriam por serem consultados pelo médico da UBS após três dias.

Por fim, em caso de queixa de dor nas costas há uma semana, cinco entre os usuários afirmaram que prefeririam consulta com o fisioterapeuta no mesmo dia, sendo que um desses voltaria depois para nova consulta com o médico, enquanto os outros três entrevistados relataram a escolha pela 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 muito mais confiante, um pouco mais confiante, nem mais nem menos confiante e não ter certeza quanto à pergunta realizada. Entre os entrevistados, quatro afirmaram sentirem-se muito mais confiantes ao saber que o profissional está autorizado pela lei para aquele tipo de atendimento, ao mesmo tempo em que dois afirmaram não ter certeza quanto a isso, outro relatou que não se sentiria nem mais nem menos confiante, e o último não se sentiria confiante, ainda com a regulação por lei. Saber que o profissional tem formação para consultar e receitar o tratamento faria cinco usuários sentirem-se muito mais confiantes, enquanto dois relataram que não se sentiriam nem mais nem menos confiantes, e um afirmou não ter certeza quanto a isso. Saber que o profissional trabalha junto com o médico de referência, faria um dos entrevistados se sentir nem mais, nem menos confiante, quatro deles um pouco mais confiantes, e os três restantes muito mais confiantes. Na hipótese de saber que o profissional é especialista na doença dos usuários em questão, seis desses responderam que se sentiriam muito mais confiantes, ao passo que um afirmou não ter certeza quanto à questão, e outro relatou que se sentiria um pouco mais confiante. O fato de o profissional seguir o manual da unidade de saúde faria dois dos entrevistados sentirem-se muito mais confiantes, enquanto três afirmaram que se sentiriam um pouco mais confiantes e os outros três, nem mais nem menos confiantes. Saber que o profissional conheceria previamente o caso por meio da ficha do usuário, faria com que metade dos entrevistados se sentissem um pouco mais confiantes, e a outra metade, muito mais confiante. Por fim, supondo que o profissional receitasse medicamentos há muitos anos, quatro entre os usuários afirmaram que se sentiriam muito mais confiantes, enquanto três relataram que se sentiriam um pouco mais confiantes, e um, nem mais, nem menos confiante.

Entre as circunstâncias que fariam os entrevistados voltarem para consulta com o médico, dois usuários citaram que em caso de suspeita de Malária procurariam por esse tipo de atendimento; dois dos entrevistados afirmaram que somente se o problema de saúde não tivesse sido resolvido; um relatou em hipótese de sintoma brando de dor, que pudesse aguardar pelo atendimento; ao passo que outro afirmou preferir sempre a consulta com o médico; ao mesmo tempo em que um dos entrevistados retornaria para consulta com o médico em situação de acompanhamento de doenças crônicas e graves; enquanto o outro, por fim, só procuraria o médico se não fosse atendido por nenhum outro profissional de saúde ou, ainda, no caso de uma situação específica, em que somente o médico pudesse resolver, como por exemplo, *"fornecer laudos"*.

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 em Manaus, foram realizadas entrevistas com médicos especialistas em ortopedia/traumatologia e oftalmologia, representantes da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT-AM), Cooperativa dos Anestesiologistas do Amazonas (COOPANEST-AM), Diretora do Departamento de Planejamento da Atenção Especializada Municipal da Secretária Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA e Secretários adjuntos da Secretária Adjunta Executiva de Atenção Especializada do Interior e Capital da Secretaria Estadual do Amazonas (SUSAM) e professor do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) (Tabela 13).

Tabela 13 – Relação de entrevistados – Região Entorno de Manaus, 2016.

Entrevistados	N
Ortopedistas	4
Oftalmologistas	6
Sociedade	1
Cooperativa	1
SEMSA	1
SUSAM	2
UFAM	1
Total	**16**

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

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório Isolado

Foi entrevistado um oftalmologista, proprietário do estabelecimento, com carga horária semanal de 40 horas no local e quadro de funcionários com apenas recepcionistas. Atua também como coordenador da residência médica em uma clínica privada, onde atende pacientes do SUS uma vez por semana, ambulatoriamente; e possui, junto a outros quatro oftalmologistas, um centro de catarata e retina. O consultório não possuía vínculo SUS e está locado em um prédio comercial que funciona dentro de um *shopping center* e possui apenas uma recepção, um consultório médico e uma ótica. Os pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico são encaminhados ao seu centro de catarata e retina. Segundo o entrevistado, cerca de 10% da clientela da clínica era particular e os demais de convênios e planos de saúde. O valor informado de uma consulta particular é de R$300,00.

Clínica especializada/Ambulatório de especialidade

Em Manaus foram visitados dois estabelecimentos caracterizados como "Clínica especializada/Ambulatório de especialidade". O primeiro oferece tratamento oftalmológico de alta complexidade e possui vínculo SUS. No CNES estão registrados sete oftalmologistas e um anestesista. Todos os oftalmologistas possuem vínculo SUS, quatro atuam 40 horas semanais, dois possuem vínculo como autônomo, um como contrato temporário e os outros não possuem tipo de vínculo especificado no CNES. Nesse cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, os quais informaram que ali são realizados exames, consultas médicas e procedimentos cirúrgicos, sendo os pacientes majoritariamente de planos de saúde (80%), seguido de pacientes particulares. Cerca de 12 cirurgias são realizadas em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) por mês, como forma de treinamento a outros profissionais. O valor informado de uma consulta particular é de R$300,00. Além dos oftalmologistas, a clínica conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas. Estas foram treinadas para operar alguns

equipamentos que realizam exames oftalmológicos. No primeiro andar da clínica funciona uma ótica.

A segunda clínica especializada atende exclusivamente pacientes com demandas ortopédicas de planos de saúde e particulares. Possui quatro vínculos de ortopedistas, sendo todos caracterizados como “outros” e possuindo carga horária semanal de 40 horas, nesse estabelecimento (CNES, 2015). Um destes foi entrevistado pela equipe durante o campo e afirmou, contrapondo os dados do CNES, que atua na clínica apenas duas horas por dia, de segunda a sexta-feira, totalizando 8 horas semanais. Os especialistas são sócios e um atua como diretor do estabelecimento. As consultas realizadas são somente eletivas. O entrevistado afirma que a clínica é a mais antiga de Manaus, porém, não realizam cirurgias ali, pois consideram “arriscado”; os pacientes que necessitam deste tipo de tratamento são operados em hospitais, uma vez que têm melhor infraestrutura e serviço de terapia intensiva. O trabalho era feito em conjunto com fisioterapeutas, mas, segundo ele, os convênios não pagam o suficiente para manter este profissional na clínica e, portanto, atualmente, somente ortopedistas realizam o atendimento. Estes profissionais contam com o auxílio de técnicos de enfermagem, porém, não mantém enfermeiro para supervisionar seu trabalho.

Hospital geral

Foram visitados três estabelecimentos caracterizados como “Hospital Geral”. O primeiro visitado possui 20 vínculos de ortopedistas e sete de oftalmologistas (CNES, 2015) e atende tanto a parte clínica quanto cirúrgica de pacientes do SUS. Dos ortopedistas, 14 são estatutários, três são celetistas, dois são autônomos sem intermediação e um tem vínculo caracterizado como “outros”. Dos oftalmologistas, quatro são estatutários e três são celetistas. A carga horária dos especialistas variou de 10 a 40 horas, sendo que a maioria era registrada com 20 horas. Nesse cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, professores da Universidade Federal do Amazonas, e um ortopedista. Segundo um dos oftalmologistas entrevistados, o hospital presta serviços de média complexidade e possui serviços de alta complexidade que são fornecidos em outra unidade, um anexo do hospital. Sua estrutura é precária, mas em

três meses será entregue um novo prédio, que oferecerá atendimento em maior quantidade e melhor qualidade de serviço. Este hospital oferece atendimento em outras especialidades e conta com uma equipe multidisciplinar. Segundo o mesmo oftalmologista, existem enfermeiras especializadas em sua área, capazes de ler e examinas os laudos médicos, bem como prescrever cuidados e orientações pré e pós-operatórios.

O segundo hospital visitado também atende exclusivamente pacientes do SUS, porém, restringindo ao público pediátrico. Segundo o CNES, o estabelecimento possui quatro vínculos com ortopedistas, sendo um autônomo intermediado e três caracterizados como "outros"; todos possuem carga horária semanal de 5 horas, neste estabelecimento. Além da ortopedia, o hospital atende mais cinco especialidades. Nesse local foi entrevistado um ortopedista, que afirma atuar ali de segunda a sexta-feira, pela manhã, contrapondo os dados do CNES. Ele está vinculado a uma cooperativa e recebe por plantão trabalhado. Além deste hospital, trabalha em um pronto-socorro que atende exclusivamente um plano de saúde e possui consultório particular. No estabelecimento visitado tem o apoio de uma equipe multidisciplinar (equipe de enfermagem, fisioterapia, serviço social e psicologia). Segundo ele, o primeiro atendimento de todos os pacientes é realizado sem agendamento, sendo o pronto-socorro a porta de entrada, uma vez que é mais rápido que conseguir consulta via SISREG; os pós-operatórios fazem acompanhamento ambulatorial em outro local.

O terceiro estabelecimento caracterizado como "Hospital Geral" possui 27 vínculos de ortopedista, cuja carga horária semanal varia de 2 a 20 horas, predominando aqueles que atuam 10 horas (CNES, 2015). Apenas um especialista é contratado por prazo determinado, enquanto os demais são autônomos intermediados. O hospital oferece atendimento exclusivamente a pacientes do SUS em diversas especialidades e também conta com uma equipe multidisciplinar. Um ortopedista foi entrevistado neste local e afirmou trabalhar ali pela manhã, de domingo a domingo, tendo como função a prescrição de pacientes internados da ortopedia (cerca de 60/dia). Sua carga horária semanal, pelo CNES, é de apenas 5 horas. Além deste estabelecimento, atua em um pronto-socorro infantil, onde atende somente ao público SUS, e possui consultório privado.

Hospital especializado

O estabelecimento de saúde considerado “Hospital especializado”, pelo CNES,possui vínculo SUS e oferece tratamento nos níveis secundário e terciário. No CNES estão registrados seis oftalmologistas, dos quais três possuem vínculo celetista de 20 horas semanais, um autônomo de 20 horas e outro sem vínculo especificado de 10 horas semanais. Além disso, estão registrados 20 residentes com carga horária de 60 horas semanais. Segundo o residente entrevistado (OF6) nesta clínica a maioria dos pacientes é proveniente do SUS, mas há atendimento particular e de convênios.

Policlínica

O estabelecimento caracterizado como “Policlínica” pelo CNES atende apenas pacientes do SUS em quatro especialidades médicas: clínica médica, cardiologia, pediatria e ortopedia. Todos os profissionais são estatutários e possuem carga horária semanal de 20 horas. Neste estabelecimento foi entrevistado um ortopedista e, segundo ele, os pacientes atendidos são encaminhados exclusivamente via SISREG. Além deste local o especialista atende em outra policlínica, cujo vínculo é como estatutário pelo governo federal, além de dar plantão em um pronto-socorro, vinculado a uma cooperativa.

Aspectos da 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 profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da SBOT-AM, um representante da COOPANEST, a representante da SEMSA e os secretários adjuntos da SUSAM (Capital e Interior), além de um professor da UFAM. Não foi possível realizar a entrevista com o representante do Instituto de Traumato-Ortopedia do Amazonas (ITO-AM), já que mesmo após o agendamento, esse, extraordinariamente, não pôde receber a equipe de pesquisa. Não foi localizada cooperativa médica de oftalmologistas, tampouco

associação de representação vinculada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia com regional localizada em Manaus.

De acordo com o Secretário Adjunto da Atenção Especializada de Manaus do Interior, a SUSAM é responsável pela gestão de 65 hospitais distribuídos pelo estado e possui cerca de 400 médicos em seu quadro alocados no interior. Compõe o quadro de especialistas da SUSAM clínicos, cirurgiões, pediatras, anestesistas, ortopedistas e ginecologistas obstetras. A distribuição destes não é regular nos 65 hospitais. Para suprir a falta de especialistas no interior, foi estabelecido o programa Amazonas Saúde Itinerante, que segundo o entrevistado terminou em 2015, mas está em fase de reprogramação com previsão para ser reiniciado em 2016. Através desse programa são realizadas consultas especializadas; mutirões de cirurgias eletivas que incluem cirurgias gerais e ginecológicas, correção de lábio leporino e cirurgias de catarata.

A maioria dos médicos da SUSAM é contratada através de concurso público e processo seletivo. Existem alguns poucos profissionais ainda com contrato temporário superior a dois anos, que por ordem judicial estão sendo substituídos por médicos que participaram do concurso público de 2005 e 2014. De acordo com o Secretário Adjunto Atenção Especializada de Manaus, o baixo número de médicos da SUSAM no interior é influenciado pelo grande número de cooperativas existentes em Manaus e pela complexidade da geografia física do estado do Amazonas:

> Quando abre concurso para o interior os médicos não se inscrevem, ou quando se inscrevem e são chamados, não querem assumir [...] O pessoal da cooperativa aqui é muito forte. Eles não permitem.

O secretário ressalta que os profissionais querem ficar perto de Manaus:

> Eu tenho médico que fica em município a 1800 km de distância em linha reta de Manaus. Algum desses municípios não oferece estrutura, não tem condições às vezes para o médico ficar [...] às vezes não tem estruturas de lazer, não tem shopping, não tem internet, então é difícil a gente conseguir fixar o profissional. Alguns ficam pelo salário, outros não.

Ainda segundo o secretario adjunto da SUSAM (Interior), a única maneira encontrada para cumprir a obrigatoriedade em completar o quadro médico do hospital em São

Gabriel da Cachoeira foi por meio do único contrato do estado, especificamente com uma cooperativa de anestesistas, para prestação de serviço no interior. Outra exceção é no município de Tabatinga onde a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Maternidade são administrados via Organização Social (OS), em que os médicos contratados pela OS permanecem por aproximadamente 15 dias corridos no município, de acordo com o número de plantões para os quais foram contratados, e retornam em sua grande maioria, para Manaus. O secretário ressalta que esse sistema só é possível, pois são unidades novas, em que as contratações se iniciaram dessa forma e que implementar esse sistema nas demais unidades seria bastante complexo, pois são unidades antigas, com arranjos de trabalho já estruturados. O mesmo revela que atualmente a SUSAM tem estudado maneiras de rever a situação, pois estão tendo muito dificuldade em fazer a gestão em algumas unidades, seja pela distância, seja pelo quadro de pessoal.

As cooperativas de especialidades médicas, como forma de organização profissional, revelou-se estratégia bastante comum e crescente na região de Manaus e entorno, dado este reforçado pelas demais entrevistas, como a entrevista realizada com representante da COOPANEST, entidade com 160 sócios ativos e pioneira nesse tipo de arranjo de trabalho na região, fundada há 27 anos. A instituição é atualmente responsável pela cobertura do serviço de anestesiologia somente na capital, apesar de já ter tido contrato com o estado para atuar no interior do Amazonas. Os contratos públicos remuneram os médicos anestesiologistas por regime de plantão de 12h, enquanto os privados, por produtividade. O entrevistado afirma que atualmente não há dificuldade em atrair e fixar os anestesiologistas na região. Sobre a influência das cooperativas e especialmente da COOPANEST, o secretário adjunto da SUSAN capital relata:

> Então, a questão das cooperativas... Quando eu cheguei em Manaus e me explicaram, eu falei ‘não acredito que existe um negócio desses! Como pode ser isso? Nunca vi uma empresa... ’ Porque, por exemplo, a Coopanest existe no Brasil todo. Como que é a Coopanest do Rio de Janeiro? É um instrumento de cobrança de anestesia privada. No Rio Grande do Sul e tal você tem um ou outro contrato do gestor público pra algumas situações, mas assim generalizado, nunca tinha visto. (...) Mas não é só a Coopanest: são todas as especialidades, mais a enfermagem... Quer dizer, isso foi uma resposta que o governo acabou fazendo, junto com as próprias cooperativas, pela pouca quantidade de

> médicos que havia no passado. Houve um investimento muito grande na abertura de portas de entrada e precisava colocar gente.

Para esse entrevistado existem pós e contra em relação à organização do atendimento especializado por meio das cooperativas:

> Pró, é que não tem falta, a gente consegue cumprir as escalas. Outro pró é que se essa pessoa não for, a própria cooperativa é responsável pela substituição. Então se tá programado cinco plantonistas de cirurgia geral no (hospital) 28 de Agosto na terça-feira, terão cinco plantonistas lá, custe o que custar, é uma responsabilidade deles. (...)
>
> Eu acho que a cooperativa, eu acho na verdade que todo modelo de gestão, toda solução, ela é interessante, o problema é jogar todos os ovos numa cesta só, aí é complicado! Eu acho que cresceu demais, ela poderia ser uma opção para algumas coisas, uma alternativa, não a solução.

O professor do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da UFAM também alega vantagens e desvantagens em relação à oferta de serviços via cooperativas:

> Tem vantagens e desvantagens, né? Eu vejo vantagens que é a seguinte: a emergência melhorou muito aqui. Não falta médico. Não tem atestado----, o cara não trabalhou o outro cobre. Isso é vantagem. Não falta médico. A desvantagem é porque eu vejo que não tem, digamos assim, ele não gosta que eu falo --- como se fosse diarista. Não cria vínculo, né? O cara atendeu no meu horário, então ---- trabalha menos mas cumpre o horário dele lá (Entrevistado da UFAM).

De acordo ainda com o professor da UFAM "*98% dos residentes* [de ortopedia] f*ormados aqui no Amazonas fica em Manaus. Porque tem uma cooperativa que absorve todos*". O mesmo ainda relata que todas as especialidades possuem suas cooperativas e que quando são abertos editais para concurso do estado não há médicos inscritos, pois o contrato via cooperativas é financeiramente mais lucrativo. Essa dificuldade é reforçada pela diretora da SEMSA, "*todo concurso que se faz é boicotado. Agora vai ter um e a expectativa é que alguém se interesse de fora. Eles aqui são muito fechados*".

O serviço de ortopedia e traumatologia é prestado ao município de Manaus e entorno, de acordo com o presidente da SBOT-AM, exclusivamente por meio de contratos entre o estado, municípios e o Instituto de Traumato-ortopedia do Amazonas. De acordo com o representante da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, o ITO-AM *"é uma grande empresa, com cento e poucos ortopedistas, dos quais nem todos são*

membros titulares da Sociedade Brasileira de Ortopedia". Segundo o professor da UFAM entrevistado, endossando o relato do representante da SBOT-AM, o ITO-AM configurar-se-ia, atualmente, como sociedade limitada, com fins lucrativos, contrariamente à natureza jurídica anterior utilizada, de associação.

Esse processo de mudança/ incorporação de nova natureza jurídica ocorreu de maneira semelhante com a COOPANEST. A Cooperativa dos Anestesiologistas do Amazonas era, até o ano de 2010, a única instituição de representação jurídica dos 160 anestesiologistas associados do estado do Amazonas.

> Na verdade nós somos três CNPJ aqui, *né*: que é a Coopanest, que é a [cooperativa] que fundou isso tudo aqui, ela tá ativa, mas não tem nenhum contrato vinculado e que tem que *tá* viva; aí em 2010 surgiu a associação, que é Anestesiologistas Associados do Amazonas, que é a nossa fonte, sem fins lucrativos, que é o nosso contrato com os convênios privados, e três convênios com o estado; e o Instituto dos Anestesiologistas, que é o meu contrato maior, que é a SUSAM; (...) tanto a Associação como o Instituto são [sociedades] limitadas. (...) A gente só deixou de ser associação e passou a ser instituto porque os valores, *né*, se não me engano tem uma "*diferencinha"* de valores para cooperativa, para associação e valor pra instituto; como o nosso teto ultrapassou o que era para associação, então, a contabilidade junto com o jurídico sugeriu abrir um instituto.

O ITO-AM, de acordo com o entrevistado na SBOT-AM, atua somente em Manaus e região metropolitana *"nós não prestamos serviço para o interior; não porque não quer, porque não tão querendo pagar"*. Não há vínculos estatutários ou contratos de pessoa física de ortopedistas no Amazonas, segundo o entrevistado da SBOT-AM. São aproximadamente 130 ortopedistas no estado, sendo aproximadamente 100 titulares da sociedade brasileira de ortopedia que, de acordo com o entrevistado, dedicam a maior parte do seu tempo ao estado e município: *"a franca maioria deve ficar mais da metade de seu tempo dedicado à prestação do serviço público - emergência e eletiva"* e desempenham conjuntamente suas funções em consultórios particulares e hospitais particulares/ conveniados. Além desses ortopedistas, há cinco profissionais trabalhando com vínculo federal via UFAM (hospital/ ambulatório universitário).

Aqueles ortopedistas que atuam fora da região de Manaus e entorno, de acordo com o entrevistado da SBOT-AM, possuem vínculo contratual temporário precarizado com os municípios onde trabalham:

> [...] no interior do estado, não foge muito ao padrão nacional não, é aquele contrato de prefeitura, que ganha um gancho do estado, e que quando muda o prefeito o cara fica sem receber; normalmente não são concursados, são lá com regime especial temporário.

Ainda na visão do presidente da SBOT-AM, o interior do estado possui quadro adequado de especialistas *"tem um quadro bom; não sei a condição que eles estão trabalhando, mas o quadro é de formação bem adequada"*.

Entretanto, segundo o representante da SBOT-AM, a inexistência de vínculos estatutários de ortopedistas é consequência da exiguidade de chamamento e nomeação dos profissionais que são aprovados em concursos, tanto do estado quanto do município. Ainda de acordo com esse entrevistado, *"a prefeitura, aliás, fez um concurso, aprovaram 35 e nunca chamou nenhum, então não tem nenhum ortopedista da prefeitura, nunca chamou, e o concurso é de 2011"*.

A formação dos especialistas em traumato-ortopedia no estado fica a cargo das duas residências existente em Manaus, ofertadas pela UFAM e pela Fundação Hospital Adriano Jorge, ambas credenciadas pelo MEC e pela SBOT, que formam em torno de oito especialistas por ano. Alguns desses especialistas continuam a formação em Manaus, em área específica de cirurgia de joelho, o único programa de formação em subespecialidade ofertado no estado. Muitos dos ortopedistas, contudo, concluem a formação em subespecialidades fora do estado e retornam, de acordo com os dados da SBOT-AM:

> Te dando um quadro estatístico real, deste ano, nós formamos quatro ortopedistas no Adriano Jorge este ano; dois deles vão fazer o programa de R4 de joelho, os outros dois, um vai para Curitiba fazer mão e o outro vai pra Campinas fazer ombro e cotovelo; ou seja, todo mundo tá fazendo subespecialidade (...) é uma questão de necessidade, o conhecimento ficou grande demais. (...) A ideia é buscar excelência. (...) E ficar bem claro que não é busca de ganho, porque o ganho é o mesmo, tá, o ortopedista generalista recebe o mesmo que o ortopedista subespecializado, nenhuma diferença, o valor de *ch* é igual, tudo, tudo

> é a mesma coisa; a diferença é só você ter a segurança, a prática em fazer; e fazer o que você gosta, é muito mais fácil gostar do que você domina.

Com relação à oftalmologia, a diretora da SEMSA afirma que não conhece nenhuma residência. No entanto, de acordo com a relação de cursos de especialização em oftalmologia, credenciados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, atualizados em janeiro de 2016, existem dois cursos de especialização conveniados no estado do Amazonas, ofertados pelo Instituto de Oftalmologia Oculistas Associados de Manaus e da Vision Clínica de Olhos Ltda - EEP. Os dados disponíveis pela Secretaria de Ensino Superior do MEC a partir do Sistema CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica são referentes ao ano de 2009, em que consta como recredenciado apenas o curso oferecido pelo Instituto de Oftalmologia Oculistas Associados de Manaus, que formava à época, de acordo com os dados, até três especialistas anualmente.

Apesar do baixo número de oftalmologistas formados no estado do Amazonas, a diretora da SEMSA relata que esse especialista está presente na rede e não há dificuldade de fixação dos mesmos, em Manaus. Eles atendem pela rede pública exclusivamente nas policlínicas municipais. O problema identificado pela diretora para a especialidade está relacionado à manutenção de equipamentos:

> Nossos equipamentos, hoje, não são, digamos assim, *'de ponta'* [...] então a gente tem dificuldade de fazer a manutenção [...] e quando se trata de média e alta complexidade, os recursos são negativos. Não diria nem escassos não, são negativos mesmo, no Brasil inteiro. [...] Quase não tem financiamento pelo governo federal. [...] Tem época que ficam quatro equipamentos aqui parados, porque não tem a peça aqui, aí tem que mandar buscar. Até a forma da gente fazer o conserto: se passar de 8.000 reais tem que fazer em duas partes. É assim que funciona: a gente faz uma e, como não pode fazer seguidamente uma compra direta com o mesmo serviço, a gente tem que esperar uma outra fase *pra* poder terminar de consertar o aparelho. [...] O certo seria você ter um serviço contratado que fizesse a manutenção desses equipamentos, mas sempre *'dá deserto'*, ninguém quer consertar um aparelho antigo. Não é *'negócio'*!

Para o presidente da SBOT-AM, também não há escassez de ortopedistas no Amazonas, mas admite que a distribuição é bastante heterogênea no estado, já que a maioria está

fixada em Manaus e entorno. De acordo ainda com o entrevistado, essa má distribuição dos especialistas é devida à má distribuição de infraestrutura:

> Vamos botar que o estado do Amazonas deva ter quatro milhões de habitantes, e nós temos aproximadamente 150 ortopedistas ao todo, contando tudo, de 130 a 150, por aí; é uma quantidade bastante aceitável. A distribuição já fica distinta, você imagine: desses 130 eu tenho 110 em Manaus, com dois milhões de habitantes em Manaus. Mas agora o que a gente precisa levar em consideração é que a má distribuição se dá por uma má distribuição de infraestrutura; não só por questão de morar num grande centro, mas o cara não tem onde exercer medicina fora do grande centro; exercer pelo menos a ortopedia de especialidade fora do grande centro é impossível.

A estratégia oferecida pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia para promover a fixação de profissionais nas áreas remotas se dá pela oferta de educação continuada. A interiorização dessa educação continuada é realizada pela seccional nacional da SBOT, com aulas ministradas nos vários centros do país e transmitidas via internet. A regional Amazonas realiza bianualmente, em Manaus, um congresso estadual integrado de ortopedia, além de cursos de formação, também realizados na capital do estado. O entrevistado ressalta que *"não existe nenhum incentivo a não ser a formação; e pra vir pra Manaus, isso corre por conta do especialista que deseja continuar se formando"*.

Em relação a estratégias ou iniciativas que garantam a cobertura de especialistas no interior do estado, principalmente em regiões afastadas do grande centro e áreas remotas, o presidente da SBOT-AM afirma que não existe ação proveniente da Sociedade, e tampouco política pública voltada para isso.

> Do ponto de vista da Sociedade não existe nenhuma ação e nem haveria recursos pra isso; do ponto de vista da saúde pública mesmo eu não vejo nenhuma ação nesse sentido; existe um programa de cirurgia itinerante do governo do estado, mas que nunca envolveu ortopedia; o que existe é ação da marinha, o exercito e a marinha tem uma participação fundamental, eles mantêm um hospital de base sensacional em São Gabriel da Cachoeira, e eles têm ortopedista fixo lá, que é militar, é o que responde por toda aquela calha do norte lá.

Ele reconhece, por fim, que existem iniciativas públicas e privadas, por parte do governo municipal, estadual e federal e da própria ITO-AM, que visam à ampliação do acesso aos serviços especializados e consequente redução das filas de espera por atendimento, por meio de mutirões. A regional Amazonas da SBOT, entretanto, na figura da presidência dele, posiciona-se de forma contrária à realização desses mutirões, por considerar que existe perda do vínculo médico-paciente, além de dificultar o acompanhamento pós-cirúrgico, que em sua visão, deve ser feito pela equipe que realizou a cirurgia, evitando, assim, complicações no pós-operatório.

> O fomento que a Sociedade faz é de formar especialistas; nós temos os especialistas aqui, nós só queremos que tragam a estrutura pra gente operar, ou seja, enquanto o mutirão chega aqui com prótese da *Jonhson*, a gente tá trabalhando aqui com próteses de 1500 [reais]; ou seja, manda pra mim o material, a gente tem equipe pra fazer, a gente vai fazer a triagem, vai operar, o mutirão com equipe daqui ainda é melhor do que com equipe de lá, a gente tá aqui, o problema é nosso, a gente resolve aqui.

No tocante ao compartilhamento e ampliação do escopo de prática como forma de aumentar a cobertura de serviço especializado, o entrevistado da SBOT-AM ressalta que o compartilhamento de ações é muito comum em regiões do interior, na capital e em grandes centros, no entanto, é inadmissível:

> [...] no interior com certeza tem ortopedista anestesiando porque é como se faz, eu mesmo já anestesiei paciente trabalhando no interior; mas não é uma questão de inovação, é uma questão de resolver o problema do necessitado.

De acordo com o entrevistado, o atendimento de ortopedia realizado na atenção básica é o atendimento emergencial.

> A atenção básica na nossa área é emergência, não existe atenção básica em ortopedia, não existe ortopedia profilática, nada disso; o que você considera atendimento primário em ortopedia é emergência; e emergência nós temos, o Amazonas eu não tenho nenhum medo de dizer que tem um dos melhores serviços de emergência do Brasil, de forma geral - cirurgia, clínica, ortopedia, nós temos um serviço de emergência muito bom; o nosso problema é a sequencia da urgência, é o atendimento eletivo, aí as filas são grandes.

Segundo o secretário adjunto de Atenção Especializada da Capital, a dificuldade na implantação e manutenção de serviços de urgência e emergência é agravada pela geografia do estado do Amazonas, levando a maioria dos serviços a se concentrarem em Manaus. De acordo com as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência devem contar com, no mínimo, 100 leitos cadastrados no CNES, o que faz com que esse tipo de serviço seja inviabilizado no Amazonas.

> Na maior parte dos municípios, se colocar um hospital de 100 leitos, significa 90% de desocupação. Pra gente, infelizmente, a lógica não funciona, a gente tem que ter 3 de 30. A distância geográfica é tão grande que inviabiliza o atendimento de urgência e emergência.

Sobre a ampliação do escopo o secretário adjunto de Atenção Especializada da Capital, ainda coloca:

> Em relação a essa situação, é indiscutível a necessidade de ampliar. Quer dizer, há a necessidade de outras ações. Por exemplo, quando você olha aquela discussão do diagnóstico, "tem que ser exclusivo...", como se a gente tivesse patologista sobrando no Brasil! (...) Imagina se a gente teria combatido a malária, como combateu no Amazonas, dependendo de farmacêutico e bioquímico? Imagina ainda se dependesse de patologista? Graças a esses técnicos e foram criados e capacitados que a gente conseguiu.

Ortopedistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínica especializada privada com vínculo SUS, eram do sexo masculino e na faixa etária de 47 a 63 anos de idade. Todos eram naturais e residiam em Manaus. O ano de graduação em medicina variou entre 1978 e 1993. Com relação ao local de graduação, todos se formaram no mesmo município de nascimento. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 18 e 34 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade. Dois entrevistados possuíam experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) de um e dois anos, Ortopedistas 4 e 2, respectivamente (Tabela 14).

Tabela 14 – Perfil dos ortopedistas entrevistados – Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Cenário da entrevista	Clinica especializada - privada (Não SUS)	Clinica especializada - Pública	Hospital Público	Hospital Público
Vínculo de trab. no estabelecimento onde foi realizada a entrevista	-	Estatutário	Cooperado	Cooperado
Naturalidade/UF	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Município de residência	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	57 anos	63 anos	51 anos	47 anos
Ano de conclusão da graduação	1987	1978	1988	1993
Município/UF de graduação	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Tempo de atuação na especialidade	24 anos	34 anos	27 anos	18 anos
Possui outra especialidade	Não	Sim	Não	Não
Tempo de atuação na APS	-	2 anos	-	1 ano

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

Os pacientes atendidos pelos entrevistados provêm majoritariamente de Manaus, entretanto, os médicos atendem também pacientes do interior do estado e de municípios do Pará. Um ortopedista afirma que já atendeu pacientes também provenientes da Venezuela, da Colômbia e do Peru.

Os casos clínicos mais frequentes na prática clínica dos ortopedistas entrevistados diferiram quanto aos que foram entrevistados em consultórios e em pronto-atendimentos. Nas consultas eletivas foram citadas artrose, bursite e lombalgia. As fraturas foram citadas por dois entrevistados como mais frequente nos pronto-atendimentos, sendo que um reforçou a principal causa como sendo os acidentes de trânsito.

Como consequência, os procedimentos mais frequentes são as reduções de fraturas e as cirurgias: “Antes as cirurgias eletivas do estado do Amazonas eram feitas somente em um hospital de Manaus. Hoje em dia todos os hospitais de urgências têm cirurgia eletiva” (Ortopedista 3). O especialista que atuava em um pronto-atendimento infantil citou, ainda, a drenagem de secreções articulares e musculares, decorrentes de piomiosites.

Três, dos quatro ortopedistas entrevistados em Manaus, já participaram de mutirões de atendimento. Um relata que são feitos de acordo com a demanda de procedimentos:

> É feito um levantamento dos casos em aguardo de procedimento, é levado para o gestor estadual, identificam os materiais necessários, agrupam por especialidade, no caso os de ortopedia nos sábados e domingos. Por ser algo acordado a frequência desses mutirões vai depender do material disponível, do interesse e da disponibilidade financeira do estado. Às vezes são feitos mutirões de iniciativa da cooperativa, gratuitos, com convidados de fora; comunicando o estado, pois a estrutura a ser utilizada é a pública. (Ortopedista 4)

Um especialista relatou que aconteciam todos os sábados mutirões de cirurgia, mas houve interrupção, após a falta de pagamento do governo: "Como agora o Estado prometeu pagar iremos voltar a atuar, de 15 em 15 dias" (Ortopedista 1). Outro denuncia a mesma situação e conta como estão resolvendo a situação no hospital que trabalha:

> Na semana do carnaval fizemos um mutirão dentro do hospital. Não é comum, mas o estado tá sem pagar a gente. Não pagou nenhuma das empresas. Primeiramente não pagou o material de síntese, aí eles retiraram o material de síntese do hospital [a empresa que fornece o material de síntese]. Com isso nós ficamos 45 dias sem cirurgias. Então, de final de novembro até final de janeiro nós ficamos sem cirurgia eletiva. O estado ficou com 115 pacientes internados só neste hospital, aguardando cirurgia eletiva. Aí o que aconteceu? Começou a pagar na época do carnaval. Houve um acordo com o estado e aí nós fizemos um mutirão. Além das cirurgias que já estavam chegando no dia-a-dia, porque nunca para – todo dia entra 5, 6 pacientes novos, no melhor dia; no pior entra 12, 16... de um dia pro outro. Além desses, em uma semana – de segunda a sábado – nós fizemos 35 cirurgias a mais. (Ortopedista3)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, três entrevistados afirmam que a porta de entrada é sempre um hospital que possua pronto-atendimento, em Manaus. Apenas o médico que atua em uma policlínica relata que todos os pacientes atendidos por ele são agendados via SISREG.[2]

[2]A sigla SISREG significa "Sistema Nacional de Regulação". É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à

> *[Não existe atendimento eletivo?]* Não, a porta de entrada de todos os atendimentos, tanto das áreas afastadas como dos municípios próximos é o pronto-socorro. O pronto-socorro faz a triagem e encaminha para cirurgia, quando tem indicação. Nas filas existe um coordenador pra avaliar se ainda existe a necessidade de cirurgia; *[É mais rápido colocar o indivíduo no barco e trazer para um pronto-socorro de Manaus, do que inserir no SISREG e conseguir um encaminhamento?!]* Sim! (Ortopedista 4)

> Normalmente vai *no postinho* que tem lá no interior, na unidade de saúde, e lá encaminham *pra* cá. O médico que tiver lá. [...] Se for urgência, vem pela urgência. A maioria dos pacientes do interior vem por urgência [...] A maioria das unidades do interior tem esse papel de encaminhamento e o médico de lá preenche. Porque tem médico lá, não tem é o especialista. [...] O SISREG é um sistema falido! Isso não existe, *né*?! Nunca tem vaga! Agora eu te pergunto: Como que não tem vaga? [...] Todo dia na ortopedia são [atendidos] 180 pacientes, vezes 5 [dias]... Você vai lá no SISREG eles dizem que não tem vaga. É um sistema mal implantado. (Ortopedista3)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são encaminhados aos hospitais e os acompanhamentos são feitos nos próprios hospitais – quando estes têm serviço de ambulatório – ou em Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) de Manaus.

Quanto à realização de tarefas técnicas para outros profissionais, apenas um relata que delega curativos e imobilizações para técnico de enfermagem, sob supervisão. Os demais não o fazem.

A sobreposição de escopo de prática dos ortopedistas foi apresentada por dois entrevistados: um cita a situação de politraumatizados, onde trabalham em equipe; já o outro cita as sequelas de artrite reumatoide e de hanseníase, bem como síndromes comuns na infância:

> [...] artrite reumatoide a gente trata a sequela... Alguns ortopedistas e só às vezes. [...] sequela de hanseníase, alguns especialistas em mão. [...] a pediatria tem muita síndrome que trata junto com a ortopedia. É a que mais tem. (Ortopedista 3)

---

humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Fonte: http://www.saude.mt.gov.br/coreg/pagina/232/sisreg-3

Dentre os procedimentos que os ortopedistas acreditam que poderiam ser realizados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde, os mais frequentes – citados por todos os profissionais – foram: 'Prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares', 'realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista' e 'solicitar exames de imagem', sendo que um restringiu esta opção à solicitação de raios-X. Três especialistas afirmaram que o médico da UBS poderia 'interpretar exames de imagem', 'realizar manejo de fraturas' e 'realizar manobras de mobilização articular'. Dois assinalaram 'diagnosticar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns' e 'tratar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns'. Apenas um ortopedista autorizaria estes profissionais a 'realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações' e 'realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, Gaveta posterior, etc.). Como sugestão, um dos entrevistados citou 'orientar a correção de postura'. Nenhum dos ortopedistas acredita que o médico da UBS poderia 'orientar e emitir relatório acerca de exames de imagem', 'realizar acompanhamento pré-cirúrgico', 'realizar acompanhamento pós-cirúrgico', 'prescrever órteses' e 'prescrever próteses'.

Como justificativa para restringirem a prática do profissional, os entrevistados apontaram a necessidade de cuidado especializado:

> Ele não é especialista. Eu não vou tratar um problema cardíaco se eu não sou cardiologista. Eu não vou tratar um problema neurológico se eu não sou neurologista. Na ortopedia, a mesma coisa. (Ortopedista 2).

> Todo mundo sai da faculdade médico, não sai ortopedista. Todo mundo sai clínico, não sai cirurgião geral. Eu até opero uma barriga, por exemplo, mas não é minha especialidade. Com certeza o paciente vai ter mais chance de morrer se eu operar *ele*. Mesmo que eu tenha saído ontem da faculdade, eu até conseguiria fazer uma apendicite, um *negócio* assim, mas se complicar eu não consigo fazer. Então o certo é não fazer, *né*?! [...] porque você pode complicar uma coisa que seria simples. (Ortopedista 3)

Um dos entrevistados conta que os médicos da UBS não tratam muitas vezes os pacientes com problemas ortopédicos pela pressão dos pacientes. Neste caso, acabam encaminhando ao especialista:

> [...] muitos casos de lombalgia. Porque, a princípio, a lombalgia tem que ser tratada pelo clínico. Só um caso mais complicado é que ele precisa mandar pro ortopedista. Mas mandam qualquer caso de lombalgia, porque o próprio paciente faz muita pressão. [...] Você faz um exame físico no paciente, você pede um raio-X e ele diz na sua cara assim: "Ah, raio-X não vai mostrar nada. Eu quero que você peça uma ressonância". Ele já te pressiona a isso. Mas não é o paciente que pede o exame, é o médico que vai ver o exame que o paciente precisa. Mas isso é difícil colocar na cabeça deles. Às vezes tem muito atrito médico-paciente por causa disso aí. (Ortopedista2)

Quanto à atuação do fisioterapeuta, dois ortopedistas afirmaram que estes profissionais não deveriam realizar nenhum dos procedimentos apresentados, alegando que não são profissionais habilitados para tal, uma vez que são procedimentos médicos. Dois afirmam que eles poderiam 'realizar acompanhamento pós-cirúrgico', 'prescrever órteses', e 'realizar encaminhamento do paciente a outros especialistas. Os procedimentos 'realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.)', 'realizar testes ortopédicos', 'solicitar exames de imagem' e 'solicitar exames laboratoriais' foram assinalados por apenas um profissional.

A atuação dos técnicos com formação em imobilização ortopédica foi autorizada por todos os entrevistados, estando condicionada à supervisão direta de um ortopedista. As atividades desempenhadas são: 'aplicar aparelhos gessados e enfaixamentos', 'retirar aparelhos gessados e enfaixamentos, 'auxiliar o médico no preparo de trações cutâneas', 'auxiliar o médico na execução de trações cutâneas', 'auxiliar o médico na instalação de trações esqueléticas' e 'auxiliar o médico nas manobras de redução manual de fraturas e luxações.

Oftalmologistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínica especializada privada com vínculo SUS, eram do sexo masculino e na faixa etária de 50 a 60 anos de idade. Todos residiam em Manaus, sendo que apenas dois eram naturais desta cidade. O ano de graduação em medicina variou entre 1974 e 2014. Com relação ao local de graduação, apenas dois formaram no mesmo município de nascimento, um formou em municípios diferentes, mas no mesmo estado e os outros três em estados diferentes (Tabela 15).

Tabela 15 – Perfil dos oftalmologistas entrevistados –Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Cenário da entrevista	Hospital Público (sus)	Hospital Público (sus)	Consultório Isolado	Clínica especializada - privada (sus e não sus)	Clínica especializada - privada (sus e não sus)	Hospital especializado privado (sus e não sus)
Vínculo de trab. no estab. onde foi realizada a entrevista	Estatutário	Estatutário	Autônomo	Sem tipo especificado	Sem tipo especificado	Bolsista
Naturalidade/UF	Manaus/AM	Parintins/AM	Fortaleza/CE	Manaus/AM	São Paulo/SP	Belém/PA
Município de residência	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	56 anos	69 anos	51 anos	52 anos	56 anos	29 anos
Ano de conclusão da graduação	2000	1974	1988	1988	1987	2014
Município/UF de graduação	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Belém/PA
Tempo de atuação na especialidade	15 anos	40 anos	20 anos	28 anos	26 anos	2 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Tempo de atuação na APS	3 anos	-	-	-	Sim, não falou o tempo	-

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

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 2 e 40 anos, sendo o maior tempo de atuação de um dos professores universitários (Oftalmologista 2). Apenas em entrevistado possuía título de outra especialidade (Medicina do Trabalho). Apenas dois dos entrevistados possuíam também alguma experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 16).

Para todos os oftalmologistas que atuam em clínicas especializadas a principal demanda para atendimento oftalmológico são os problemas de refração (Oftalmologistas 3,4,5 e 6), que representam entre 70% (Oftalmologista 6) e 90% (Oftalmologista 3) dos atendimentos. Além disso, estes profissionais citaram a procura de pacientes devido às conjuntivites, à catarata precoce, ao glaucoma, à retinopatia diabética, algumas cirurgias

refletivas e casos de subespecialidade, relacionadas, por exemplo, à retina. Segundo um dos entrevistados, que atua tanto em clínica especializada privada quanto em policlínica pública, o perfil de agravos atendidos nestes locais é semelhante (Oftalmologista 4). Já no ambiente hospitalar, os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes são as cirurgias de catarata e de pterígio, embora no ambulatório geral todos os tipos de patologias sejam observadas (Oftalmologista 2).

Três entrevistados citaram o problema da incidência do sol para o desenvolvimento precoce de doenças oftalmológicas na região, dos quais um destacou ainda o papel da hereditariedade no desenvolvimento de pterígio:

> Catarata, pela incidência de luz, nós estamos aqui na linha do Equador, a maior incidência aqui é catarata e pterígio - aquela carninha que cresce no olho. O ser humano vive no máximo a 35 graus, aqui, no verão (*faz*) 45, com sensação de 50. Quem é pescador, quem é agricultor, não aguenta. A média mundial do catarata é 65 anos para cima, aqui, com 50 pescador tem. A média estadual é de 60 anos. (Oftalmologista 1)
>
> Catarata e pterígio são as cirurgias mais procuradas. Cataratas precoces por causa do sol. A gente sabe que é precoce porque acontece com 40, 50 anos de idade. O pterígio no Amazonas é uma doença que se cura cirurgicamente, é uma doença que causa cegueira. [...] aqui por causa da incidência do sol, muito intensa e pessoas que trabalham de sol a sol, no interior por exemplo, leva à perda da visão. (Oftalmologista 2)
>
> Conjuntivites, catarata, porque nós estamos bem na linha do equador, então tem catarata precoce. Pterígio tem demais, tanto pela exposição solar quanto pela hereditariedade. (Oftalmologista 4)

Quanto aos procedimentos que realizam com maior frequência, os entrevistados que atuam em clínicas citaram, além dos procedimentos para avaliar a refração, a fundoscopia, a tonometria, a curva tensional, a paquimetria, a retinografia e a angiografia. Quanto a procedimentos cirúrgicos, citaram que cerca de 80% são procedimentos de segmento anterior (catarata, glaucoma) e 20% de segmento posterior (retina), além do pterígio. Em ambiente hospitalar, os entrevistados citaram, adicionalmente, a realização de correção estética de estrabismo, cirurgias devido à retinopatia diabética e transplante de córnea, realizado no serviço público apenas pelo Hospital Universitário (Oftalmologista 2).

Com relação à origem dos pacientes atendidos pelos especialistas, a maioria é proveniente de Manaus e área metropolitana, porém os entrevistados relataram que também atendem pacientes do interior do Amazonas e de outros estados, como Acre, Rondônia, Roraima e Pará (Oftalmologistas 1,3, 4 e 6). Segundo os entrevistados, pacientes do interior de estados vizinhos preferem ir para Manaus que para a capital destes estados, como o que ocorre com pacientes de Santarém, no Pará: "Eles acham melhor vir pra cá do que Belém" (Oftalmologista 4). Nestes casos, percebeu-se que a logística de deslocamento via pluvial é um importante aspecto para a demanda por serviços de saúde, bem como para a prestação destes serviços.

> A gente pergunta a procedência e ele diz – Ah sou do município tal, sou do outro lado do rio [...] tem cidades aqui que [*o acesso é a]* 10 dias de barco. Tocantins, Carauari que eu já vi aqui, do Pará vem, pessoal de Santarém. (Oftalmologista 1)

> Muita gente da região do baixo Amazonas, de Santarém, vem pra cá, até pela proximidade geográfica. O acesso é mais fácil para eles virem para cá, pra capital do Amazonas do que para Belém do Pará, mesmo ele sendo Paraense. (Oftalmologista 6).

Neste contexto, o interior do Amazonas possui poucos especialistas, como descrito pelos entrevistados: "O interior é totalmente desassistido de oftalmologia" (Oftalmologista 5) e "Dos 180 oftalmologistas que tem em Manaus só quatro estão no interior" (Oftalmologistas 2). Aspectos citados como justificativa para esta falta de especialistas no interior foram o acesso, a infraestrutura e os altos custos dos equipamentos:

> O problema aqui é o acesso. Por exemplo. Eu quero ir para Santa Izabel do Rio Negro, de barco eu acho que dá uns oito dias, de avião eu gasto duas horas e meia a três [...]. O acesso é muito ruim, as cidades às vezes não têm medicação, a maioria não tem, então o profissional não gasta e a farmácia não tem. Então a gente tem que ir com tudo pra lá. (Oftalmologista 1)

O oftalmologista 4 completa: *"Nós temos essa dificuldade de distância remota, e não tem como. A pessoa tem que sair de lá e vir pra cá"*.

> Assentar médicos no interior é complicado, ainda mais especialistas e muito mais sub-especialistas, que tem que levar o equipamento. Eu

> sozinho não posso fazer nada em termos de oftalmologia. Pra mim passar um simples óculos eu tenho que ter equipamento e esses equipamentos são caros.[...] Para montar um centro cirúrgico eu tenho que ter no mínimo um milhão de reais. Aí a gente necessita de mutirões. (Oftalmologista 2)

O encaminhamento de pacientes para atendimento oftalmológico no SUS ocorre por meio por meio de agendamento de consultas eletivas por uma central reguladora – via Sistema SISREG. Alguns entrevistados citaram que existe um número de atendimentos/dia que devem ser feitos, uma "cota", de 16 a 28 pacientes/dia (Oftalmologistas 1, 5, 6) e 12 pacientes/turno por especialista (Oftalmologista 4). Também foram citadas "cotas" para atendimento cirúrgico.

As críticas dos entrevistados ao sistema de regulação e encaminhamento envolveu a falta de vínculo entre o paciente e o médico, já que em cada atendimento o paciente pode ser alocado para um local diferente; o valor pago pelo SUS às clínicas para realização de procedimentos; o elevado tempo para conseguir uma consulta eletiva (cerca de três meses) e uma cirurgia (um a três anos); a necessidade de aumentar o número de cotas de acordo com a incidência das doenças e a otimização deste cálculo para permitir maior aproveitamento dos profissionais, o qual não permite, por exemplo, o encaixe de pacientes faltosos. Alguns destes pontos podem ser ilustrados nas seguintes falas:*"A gente não tem vínculo nenhum, eles agendam e todos os dias nós temos 16 pacientes aí por cada médico, aleatório"* (Oftalmologista 1).

> A nossa cota aqui é de 28. A gente só faz 12, 13. Não tenho interesse. Eles vêm oferecer umas coisas e não tenho interesse. Faço cinco cataratas/mês tudo direitinho, com a melhor lente que você possa imaginar. Tudo com prejuízo. (Oftalmologista 5)

> Pelo SISREG eles marcam só 12, o especialista só tem 12 pacientes. [...] O que acontecia: Antes do SISREG eu atendia 20, aí se faltava 17, aí a gente deixava o pessoal de encaixe, para dar os 20. Aí sempre ficava um ou dois na tentativa. [...] Hoje são só os 12, não vem ninguém pra se encaixar. Aí faltou seis, porque pode acontecer, uma chuva, alguma coisa, não tem mais.[...] O SISREG limitou o número de consultas, o número de exames e limitou o número de cirurgias. Então antes do SISREG eles (*os pacientes*) se operavam mais. As clínicas podiam negociar, ela tinha um teto financeiro só. Mas dentro desse teto financeiro ela poderia fazer tantas cirurgias, aí dava-se

> prioridade para fazer cirurgia da coisa mais importante que tem, do catarata, do glaucoma, as de retina. [...] Aqui, 45, 50, 55 anos tá todo mundo com catarata, e pterígio tem demais. Deveriam aumentar a cota de cirurgia de acordo com a área de incidência. Como aqui é alta incidência então deveriam aumentar também a cota de cirurgia. Aí mantém a mesma cota lá do Sul pra cá. Aí tem fila de espera de um ano, dois anos, três anos. (Oftalmologista 4)

Sobre a participação em mutirões em Manaus e no interior, os oftalmologistas 1, 2, 3 participam regularmente de mutirões, em média um por ano. O oftalmologista 4 já participou no passado de os outros dois não participam de mutirão – sendo que um deles é residente e possui experiência em acompanhar o pré-operatório dos pacientes nas cidades que receberão o mutirão.

Os oftalmologistas 1 e 2 relataram que os mutirões de catarata iniciaram no governo do Fernando Henrique Cardoso como campanha de catarata e que em seguida se tornou um programa nacional. Segundo o Oftalmologista 1 são 500 mil cirurgias feitas de janeiro a dezembro no Brasil inteiro. No Amazonas existem mutirões realizados por profissionais de forma isolada, por consórcio de profissionais e aqueles organizados pelo Instituto de Oftalmologia em parceria com a Universidade local (Oftalmologista 2).

Sobre o funcionamento do mutirão realizado em parceria com a Universidade, o oftalmologista 2 relatou que: “Nós pegamos a Universidade, nos associamos à Escola Paulista de Medicina, algumas fundações que têm interesse, nós fizemos então o mutirão, trazendo médicos da melhor qualidade do Sul e nós aqui de Manaus”. Este mutirão é o único de um grupo público e a equipe realiza em torno de mil cirurgias por ano, sendo que a necessidade no interior do Amazonas é de seis mil por ano. A Secretaria de Estado da Saúde define o município que receberá o mutirão e o levantamento do número de cirurgias que serão realizadas, bem como o pré-operatório dos pacientes são atividades desempenhadas pelos residentes R2. Em seguida, os oftalmologistas e residentes R3 realizam as cirurgias e depois mantêm geralmente um profissional no município por quatro dias e residentes R2 por duas semanas para acompanhamento do pós-operatório. Finalmente, o cirurgião retorna após 15 a 20 dias para finalizar o processo. Se houver alguma complicação o paciente é encaminhado para tratamento em Manaus (Oftalmologistas 2, 3 e 6). Quanto ao financiamento, o

Ministério da Saúde paga R$643,00 pela cirurgia, o Estado fornece o hospital da região e o município fornece a alimentação e a hospedagem da equipe (Oftalmologista 2).

Um dos médicos que não participa de mutirões criticou a realização destes, citando que o risco de complicações é maior em casos de mutirão devido à baixa qualidade dos materiais e tecnologias utilizadas:

> Mutirão é complicado. São muitas receitas, eu falo com meus pacientes, é muito difícil você fazer uma cirurgia com 500, 600 reais. Você vai usar os piores produtos, as piores tecnologias, [...] e vai acontecer o quê, um paciente que é operado pelo mutirão vai ter provavelmente complicações muito maiores do que quando você faz uma cirurgia em um serviço que tem um produto melhor. (Oftalmologista 5).

Outra ressalva foi feita nos casos de oftalmologistas que circulam sozinhos no interior e realizam mutirões por conta própria, pois segundo ele os pacientes ficam sozinhos e desacreditam no projeto e aí quem padece "é os que fazem direito": *"Tem colegas que vão sozinhos para operar. Isso aí é uma coisa ruim. Sem a credibilidade eles (os pacientes) não operam! Eles preferem ficar cegos. É complicado isso".*(Oftalmologista 2)

Sobre o acompanhamento de pacientes que necessitam de cuidado prolongado, os entrevistados relataram que quem faz o procedimento é que acompanha o paciente. O profissional de uma clínica privada com vínculo SUS relatou que:

> A cirurgia termina na alta. O médico que opera e passa pro outro ele não é médico. Muito complicado essa história de você trabalhar com *ghost*. Você sabe o que é *ghost*? Um fica operando e o outro acompanhando. Tem muito isso em Minas, em Brasília, aqui não tem *ghost* – fantasma. Quem faz acompanha. (Oftalmologista 5)

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos na UBS, os oftalmologistas ressaltaram que a oftalmologia é dependente de tecnologia e de equipamentos, além da necessidade de treinamento, do risco de complicações e da elevada demanda que já existe na UBS para que se aumente a carga de trabalho. As seguintes falam ilustram estes argumentos:

> É uma especialidade que depende de aparelhos, é uma especialidade que depende de você ter o aparelho para você dar um diagnóstico

> correto. Nem todo olho vermelho é conjuntivite. Olho vermelho pode ser conjuntivite, pode ser glaucoma, pode ser uveíte, como é que você vai diferenciar? Através dos aparelhos e eles (*médicos da APS*) não sabem manusear isso. [...] Não tem como dar diagnóstico preciso e há o risco de complicações, por exemplo, se houver prescrição de corticoide quando o paciente tem uma úlcera. (Oftalmologista 4)
>
> Os procedimentos que não podem ser feitos por médicos da atenção básica, são pela necessidade de treinamento, a saúde ocular não é brincadeira. O volume de conhecimento é muito grande, precisa de formação especializada. (Oftalmologista 3)
>
> Sabe por quê? As UBS elas atendem os programas de saúde [...] então ela não vai fazer isso, porque a demanda é grande. No posto a gente toca os programas. Hoje só tem hipertenso, aí você vê, controla, dá a medicação. (Oftalmologista 1)

O oftalmologista 5 acrescenta: *"Você forma o cara (médico da UBS) pra tocar protocolo"*.

Entretanto, de uma maneira geral concordaram que existem atividades que poderiam ser realizadas, tais como 'diagnosticar e tratar infecções oculares comuns' (OF 1, 2, 3, 5, 6). Um deles citou que efetuava esta atividade quando atuava como médico da atenção primária: "As conjuntivites, as infecções ele pode fazer. [...] Tinha uma época que eu estava na UBS que tinha o colírio antibiótico, aí você dava." (Oftalmologista 1).

Outras atividades relatadas por pelo menos três dos entrevistados foram realizar teste de acuidade visual, teste de motilidade ocular, tonometria, e prescrever medicamentos tópicos de uso ocular. Quanto à remoção de corpo estranho da córnea, três citaram que os médicos da UBS poderiam realizar este procedimento, porém dois ressaltaram que essa atividade só poderia ser feita em casos de corpo estranho superficial: "Se for corpo estranho, traumatismo perfurante é urgência. A urgência tem atendimento aqui (*Em Manaus*). [...] Tem que encaminhar" Oftalmologista 1. Ressalvas também foram feitas para a atividade de 'diagnosticar doenças mais prevalentes, como glaucoma e catarata'. Neste caso, dois especialistas disseram que o diagnóstico de catarata poderia ser realizado, porém a detecção seria apenas nos casos já avançados por questões relacionadas à falta de aparelho específico. Esta limitação também se refere ao glaucoma: Segundo o entrevistado 2, embora seja fácil medir a pressão ocular e dizer se esta está aumentada, o médico da UBS não consegue ver a escavação na papila do disco

ótico para fechar o diagnóstico. A realização de exame de fundo de olho também foi citada por dois especialistas e um terceiro afirmou que o médico poderia fazer o exame e identificar as alterações, mas encaminhar para o diagnóstico para um oftalmologista, já que o diagnóstico depende de conhecimentos especializados (Oftalmologista 2).

Dois entrevistados acreditam que os médicos da APS poderiam realizar o pré-operatório de cirurgias, e que estes inclusive já realizam esta atividade, solicitando exames de sangue e outros exames "básicos". Já as atividades de 'realizar teste de refração' e 'prescrever medicamentos intravítreos de uso ocular' foram citadas por apenas um entrevistado.

Considerando a optometria, todos os seis entrevistados se posicionaram contra este profissional. Dentre os motivos pelos quais eles ressaltaram que o optometrista não poderia realizar as atividades propostas no questionário a formação insuficiente foi citada por vários entrevistados, como o que citou "O desconhecimento de patologias sistêmicas e localizadas que afetam a refração" (Oftalmologista 4).

> Eu sou contra o optometrista. O Brasil está querendo aprovar a optometria, nos Estados Unidos funciona bem, o optometrista lá tem faculdade de optometria, ele só passa óculos e lente de contato. Pra cá, eu acho que não vinga porque não é sério, tem que ter uma cultura médica muito grande, porque nem tudo é do olho. Você chega com dor de cabeça, às vezes não é do olho, então tem que saber a clínica médica para poder dar o diagnóstico. Eu tenho muito paciente com dor de cabeça, aí eu olho e é um quadro alérgico. Trata o quadro alérgico, fica bom. (Oftalmologista 1)

> O paciente não é uma refração, ele é um inteiro, ele tem a córnea, ele tem o vítreo, aí pode ter patologia na córnea, no vítreo. Ele [*optometrista]* não sabe, ele não tem conhecimento disso. Aí ele vai lá e passa os óculos. (Oftalmologista 4)

Além disso, eles argumentaram que é no momento que o paciente procura o oftalmologista para a prescrição ou adaptação de óculos/lentes que se diagnosticam outras doenças oftalmológicas ou doenças sistêmicas que afetam a visão. "Todo paciente chega pra você na troca dos óculos. Ele vem dizer pra você que a visão piorou por causa dos óculos, aí que você vai descobrir que pode ser complicações de uma série de doenças" (Oftalmologista 5).

Neste sentido, argumentaram que os optometristas não estão qualificados para esta prática, de exame ocular, mas apenas para a prescrição de óculos:

> A optometria é um curso que as pessoas fazem com o objetivo de adaptar órteses e próteses: óculos, ou lentes de contato. Eu acho que a prescrição de óculos é um componente do exame oftalmológico. No momento que o optometrista faz o exame ele só vai fazer só o olho, ele sabe muito bem passar óculos, aliás, tem um aparelho que passa sozinho, o auto-refrator. [...]. (Oftalmologista 2)

> Se a glicemia tiver até 150, você pode passar os óculos, se a diabetes tiver acima de 150, 300, 400, o óculos sai todo errado. Quer dizer, não é o óculos, *tu* entendeu? Aí o optometrista ele vai lá e passa os óculos, então isso também já aconteceu. (Oftalmologista 4)

Segundo o entrevistado 2, o problema é que, para 99% das pessoas aos 40 anos inicia-se a perda da acuidade visual de perto e o aumento da pressão intraocular. Como este último é assintomático, só é possível detectar esta alteração no momento do exame para óculos. "- Doutor, eu não consigo enxergar de perto. Aí você faz o exame, prescreve os óculos, que o optometrista também prescreveria, mas aí é a oportunidade de você medir a pressão e ver o fundo do olho" (Oftalmologista 2).

A oftalmologista 4 acrescenta: "Se todo mundo não tivesse nenhuma doença, aí dava para ele (*optometrista*) fazer a refração, mas existem as enfermidades, porque o olho não é isolado [...] e ele sofre a influência de doenças sistêmicas e aí atrapalham a refração".

Finalmente, foi possível observar que a prática independente do optometrista não é aprovada pelos oftalmologistas. Um deles comparou a prática destes profissionais ao das parteiras: "Eu acho que optometria no Brasil já tá sendo, como por exemplo, a parteira, que trabalha junto com o obstetra, os casos mais simples, a parteira faz. [...] Deveria ser sob a responsabilidade de um oftalmologista" (Oftalmologista 2).

Quando questionados sobre o trabalho em conjunto a outros profissionais não-médicos os entrevistados citaram o auxílio de enfermeiros, técnicos e recepcionistas. Segundo o entrevistado 1: "A enfermeira é o braço direito" (Oftalmologista 1). As atividades que este profissional desempenha são relacionadas à triagem: entrevista o paciente com questionário padronizado, aferir pressão, medir glicemia e participar da discussão da

parte ocular. Já o entrevistado 2 disse que “As enfermeiras na área de oftalmologia tem uma noção muito boa em ler e examinar laudos de exames; prescrever cuidados pré e pós-operatórios aos pacientes e orientá-los”.

Quanto às recepcionistas, o entrevistado 3 citou que “As recepcionistas são treinadas para realizar procedimentos simples”. O entrevistado 6 citou os profissionais de enfermagem e técnicos realizam exames de campo visual sob supervisão. O entrevistado 5 ressaltou que “O profissional de saúde do nível superior é administrador da equipe” e que treina ele técnicos para realizar os testes mais simples:

> Os movimentos repetitivos você passa pra um técnico. A função do médico não é fazer exame. É interpretar o exame. O difícil é você interpretar. Fazer, se eu te treino direitinho, você faz. Eu sei quando está bem feito. As pessoas aqui estão há dez anos comigo, entram como jovem aprendiz e vai crescendo até a faculdade. (Oftalmologista 5).

3. Considerações finais

Na região de Manaus foi possível observar uma dificuldade de organização dos serviços de saúde, agravada pela geografia do Estado, que concentra os serviços na cidade de Manaus, principalmente os especializados.

Na atenção primária observou-se que as ‘casinhas’ apresentavam uma baixa resolutividade, com limitação tanto em relação aos serviços prestados, quanto às tecnologias para o cuidado, como lista reduzida de medicamentos e armazenamento inadequado e ausência de sala asséptica. Este fato impactava também na sobrecarga de outros serviços de saúde, como os Pronto Atendimentos (PA), já que os usuários muitas vezes procuram diretamente um serviço de “maior complexidade” para resolver seus problemas de saúde. Porém, mesmo nas UBS tradicionais e naquelas recentemente reformadas, houve relatos de problemas relacionados à infraestrutura e materiais, e até mesmo com serviços de limpeza, que eram prestados pelos próprios profissionais de saúde da unidade ou por pessoas cumprindo pena de prestação de serviços à comunidade.

Quanto à disponibilidade de encaminhamento para médicos especialistas, grande parte dos profissionais de saúde entrevistados avaliou o sistema de encaminhamento como muito ruim ou ruim. Fatores negativos relacionados a esse sistema incluíram o elevado tempo de espera para conseguir uma consulta, número reduzido de profissionais que atendem pelo SUS, inexistência de contrarreferência, baixa resolutividade, encaminhamento de demanda que poderia ser resolvida nas UBS e burocracia. Além disso, os entrevistados citaram a cultura da população, em que os próprios pacientes querem ser atendidos diretamente pelos especialistas, e não pelo médico generalista. Outro fator observado que influencia também o encaminhamento e atendimento da atenção secundária e terciária no município de Manaus é o alto número de médicos especialistas cooperados, que por um lado, alguns médicos entrevistados sugerem que facilita o acesso ao especialista, por outro prejudica o atendimento e o vínculo com paciente, já que este é atendido pelo especialista escalado para aquele determinado

plantão, reduzindo assim responsabilidade dos especialistas perante os pacientes encaminhados.

Ademais, dificuldades no encaminhamento para serviços não-médicos de maior complexidade também foram citadas por dentistas, farmacêuticos e pela psicóloga.

Com relação ao escopo de prática dos profissionais, constatou-se que a maioria realiza menos procedimentos e ações do que relatam saber fazer. Estes são aprendidos na maior parte das vezes na graduação e o profissional possui confiança alta em desempenhá-los. Aqueles procedimentos que não são realizados, mas os profissionais sabem fazer, têm como justificativa principal a falta de materiais e infraestrutura inadequada, ou ainda, são realizados por outro profissional ou em outro âmbito do cuidado ao paciente (serviços especializados, nível central, etc).

Com relação à expansão das atividades clínicas dos profissionais da atenção básica em saúde, os gestores de UBS se mostraram favoráveis, de uma maneira geral, argumentando que a expansão de atividades dos enfermeiros poderia incluir a prescrição de medicamentos e a interpretação de exames. Além disso, citaram que a expansão das atividades dos médicos poderia desafogar os PA e citaram exemplos de áreas para esta expansão, como pediatria, ginecologia e oftalmologia.

Já os profissionais médicos relataram que estariam dispostos a executar mais tarefas que são atualmente desempenhadas por especialistas, como pequenas cirurgias, teste de refração, solicitação de exames específicos e determinados procedimentos da dermatologia, otorrinolaringologia e ginecologia. Os dentistas citaram atividades de endodontia, periodontia, pequenas cirurgias e remoção de rânula. Já os enfermeiros, farmacêuticos e psicólogo citaram a prescrição médica como atividade que estariam dispostos a realizar. Este último, no entanto ressaltou que apenas na ausência de um médico ou psiquiatra.

Os gestores e profissionais, quando abordados, foram receptivos e, em sua maioria, demonstraram interesse em contribuir com a pesquisa.

Chamou a atenção da equipe os relatos sobre a falta de segurança das unidades de saúde, tanto da zona urbana, quando na zona rural. Varias unidades já sofreram assaltos,

uma inclusive durante o horário de funcionamento, chegando a assaltar também os usuários que estavam presentes na unidade.

Em relação às especialidades médicas, o questionário foi revisado e tornou-se mais objetivo, sucinto e focado no indivíduo entrevistado e não em seu local de trabalho.

A principal dificuldade encontrada em campo foi semelhante ao campo de PEBA, 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, no entanto, pouca resistência dos profissionais em receber os pesquisadores, apesar do elevado número de pacientes na fila de espera.

O quantitativo de profissionais especialistas, apesar de ser adequado, tem distribuição heterogênea no estado, estando concentrados apenas em Manaus e região do entorno. Desta forma, os pacientes que necessitam de atendimento especializado devem se deslocar até o profissional.

Durante o campo foi observada forte presença de cooperativas médicas no estado do Amazonas. Por ser um meio mais lucrativo para os médicos, apesar do vínculo precário de trabalho, são preferíveis, mesmo quando se abrem concursos públicos. As cooperativas, no entanto, devido à baixa remuneração em áreas remotas e às limitações físicas do estado, também concentram suas atividades na capital.

Há uma crítica de ambas as especialidades com relação ao encaminhamento via Sistema de Regulação (SISREG). Para a ortopedia, esse sistema é praticamente inexistente e os pacientes têm os pronto atendimentos hospitalares como porta de entrada para a especialidade. A oftalmologia recebe pacientes encaminhados desta forma, mas explicita problemas como o tempo elevado de espera, a falta de vínculo com o paciente.

De maneira geral, os especialistas são profissionais que possuem mais de 40 anos de idade e mais de 15 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. No entanto, é comum na prática oftalmológica o treinamento de profissionais de nível técnico, ou até mesmo de recepcionistas, para realizarem procedimentos mais simples em seus consultórios ou clínicas.