EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde

Regiões de Saúde de Costa Doce - Relatório de Campo

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

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

Escopo de Prática de Profissionais de Saúde - Região de Saúde de Costa Doce

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
Guaíba (RS) 6
Camaquã (RS) 10
2. Resultado das entrevistas 14
2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS 14
Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados 15
Análise das entrevistas 17
Médicos 17
Enfermeiros 21
Dentistas 29
Gestores de UBS 32
Usuários 39
2.2. CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL – ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS 42
Cenário das entrevistas com os especialistas 42
Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho 44
Ortopedistas 47
Oftalmologistas 53
3. Considerações finais 60

APRESENTAÇÃO

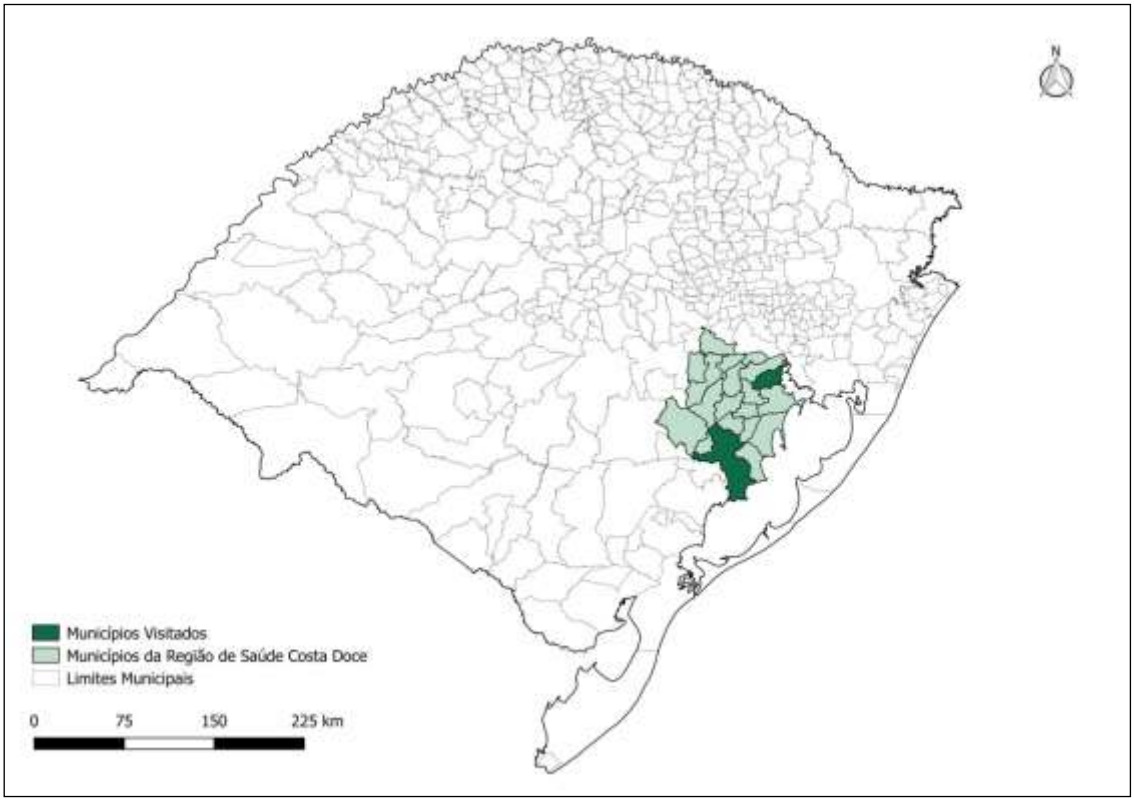
Esse relatório contém resultados relativos ao quinto trabalho de campo proposto na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde” e ao quarto trabalho de campo proposto na pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas 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 20 a 24 de junho de 2016, nos municípios de Guaíba e Camaquã, localizados no estado do Rio Grande do Sul e pertencentes à região de saúde 'Costa Doce', composta por 19 municípios que, além dos visitados, inclui: Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes.

Mapa 5: Municípios da Região de Costa Doce



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

Guaíba (RS)

Guaíba é um município da mesorregião Metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, localizado a margem direita do Lago Guaíba, e possui uma população estimada de 99.029 habitantes (IBGE, 2015).

O município de Guaíba contava com 1.399 estabelecimentos e 22.009 vínculos formais de emprego informados na RAIS 2014. O maior empregador do município, com 14% dos vínculos, eram estabelecimentos de Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928), seguido pelo comércio varejista (13%). Dentre os estabelecimentos relacionados à saúde, o município contava com 1 estabelecimento de Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101), com nove vínculos empregatícios. A Distribuição de Vapor, Água Quente e Ar Condicionado (Classe 35301) apresentou o maior QL entre estabelecimentos, 76,31. Com relação a vínculos, chama atenção a Fabricação de Celulose e Outras Pastas para a Fabricação de Papel (Classe 17109), com QL igual a 1.509,29. (Apêndice B11).

Segundo dados do CNES, Guaíba possuía um total de 97 estabelecimentos de saúde em junho de 2015, sendo 50,5% consultórios isolados e 16,5% Clínica especializada. Com relação à distribuição dos vínculos de especialistas por tipo de estabelecimento, três oftalmologistas estão em policlínica, três em hospital geral e dois em consultório isolado. Com relação aos ortopedistas 10 estão em hospital geral, seis em clínicas especializadas, dois em policlínica e um em consultório isolado (Tabela 1).

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

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	7	7,2	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	5	5,2	-	-	-	-
Policlínica	3	3,1	3	37,5	2	10,5
Hospital Geral	3	3,1	3	37,5	10	52,6
Consultório Isolado	49	50,5	2	25,0	1	5,3
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	16	16,5	-	-	6	31,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	8	8,2	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	1	1	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	1	1	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	1	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	2	2,1	-	-	-	-
TOTAL	**97**	**100**	**8**	**100**	**19**	**100**

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

Nesse mesmo ano, o CNES registrava um total de 459 vínculos de médicos para um total de 249 indivíduos. A razão de vínculos por indivíduos variou de 1,8 para os médicos e dentistas à 1,2 para psicólogos. Já entre os profissionais da APS, a razão de vínculo por individuo é de 2,6 para os médicos, 2,1 para enfermeiros. Com relação às especialidades médicas a razão de vínculos por indivíduos era de 1,3 entre os oftalmologistas e 1,6 entre os ortopedistas (Tabela 2).

Tabela 2 – Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Guaíba, junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	**Indivíduos**	**Razão**	**Vínculos**	**Indivíduos**	**Razão**
Médicos	459	249	1,8	125	49	2,6
Cirurgiões-dentistas	82	45	1,8	14	9	1,6
Enfermeiros	82	48	1,7	38	18	2,1
Farmacêuticos	14	11	1,3	0	0	*
Fisioterapeutas	36	21	1,7	0	0	*
Psicólogos	36	29	1,2	4	3	1,3
Nutricionistas	8	6	1,3	1	1	1
Oftalmologistas	8	6	1,3	-	-	-
Ortopedistas/traumatologistas	19	12	1,6	-	-	-

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, entre os médicos, o vínculo mais comum é temporário (38,8%) seguido por estatutário (26,8%). Entre os cirurgiões-dentistas, 64,6% são autônomos pessoa física e 24,4% estatuários. A maioria dos enfermeiros e psicólogos são estatutários, respectivamente 63,4% e 58,3%. Entre os farmacêuticos 57,1% são celetistas, 41,7% dos fisioterapeutas são autônomos, pessoa física. Nutricionistas concentram a maioria dos vínculos do tipo celetista e autônomo, pessoa física (37,5%). (Tabela 3).

Entre os profissionais que atuam na APS, a maioria dos vínculos de médicos, é estatutário 72,8%, seguido de 18,4 % de contrato temporário. Dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e o único nutricionista são todos estatutários. (Tabela 4).

Tabela 3 - Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Guaíba, junho de 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	123	26,8	20	24,4	52	63,4	2	14,3	12	33,3	21	58,3	1	12,5
Empregado público	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Celetista	2	0,4	1	1,2	7	8,5	8	57,1	4	11,1	0	0,0	3	37,5
Temporário	178	38,8	6	7,3	20	24,4	3	21,4	5	13,9	4	11,1	1	12,5
Autônomo, pessoa física	65	14,2	53	64,6	2	2,4	0	0,0	15	41,7	11	30,6	3	37,5
Autônomo, pessoa jurídica	0	0,0	2	2,4	0	0,0	1	7,1	0	0	0	0	0	0
Cooperado	74	16,1	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolsista	11	2,4	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros, autônomo sem descrição	6	1,3	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	459	100	82	100	82	100	14	100	36	100	36	100	8	100

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

Tabela 4 - Quantidade de vínculos das profissões estudadas que atuam na APS por tipo de vínculo em Guaíba, junho de 2015.

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	91	72,8	14	100	38	100	4	100	1	100
Temporário	23	18,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolsista	11	8,8	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**125**	**100**	**14**	**100**	**38**	**100**	**4**	**100**	**1**	**100**

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

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, os dados do CNES apontam que três oftalmologistas eram estatutários, dois cooperados e três autônomos, sendo dois pessoa física e um sem especificação. Entre os ortopedistas, nove eram cooperados e seis autônomos, sendo quatro pessoa física e dois sem especificação, dois eram estatutários e dois possuíam contrato temporário na ocasião (Tabela 5).

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

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	3	37,5	2	10,5
Temporário	-	-	2	10,5
Autônomo, pessoa física	2	25,0	4	21,1
Cooperado	2	25,0	9	47,4
Outros, autônomo sem descrição	1	12,5	2	10,5
TOTAL	**8**	**100**	**19**	**100**

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

Em se tratando dos vínculos de acordo com a natureza jurídica do estabelecimento, observou-se as empresas privadas agregam a maioria dos oftalmologistas e ortopedistas, respectivamente 62,5% e 84,2% (Tabela 6).

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

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	3	37,5	2	10,5
Empresa Privada	5	62,5	16	84,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	-	-	1	5,3
Total	**8**	**100**	**19**	**100**

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

Camaquã (RS)

Camaquã esta entre os municípios mais antigos do estado do Rio Grande do Sul e possui uma população estimada de 65.835 habitantes. Cortado pela BR 116, possui duas áreas de topográficas distintas: a zona da várzea onde predominam as grandes e medias propriedades, dedicadas à pecuária e às lavouras de arroz e soja; e a zona da serra, onde predominam as pequenas e médias propriedades dedicadas ao plantio da soja, milho, feijão, fumo e mandioca. Esta região apresenta ainda uma rara paisagem, composta por cascatas e cachoeiras (IBGE, 2015).

O município de Camaquã contava com 1.616 estabelecimentos e 12.807 vínculos formais de emprego informados na RAIS 2014, sendo o comércio varejista responsável

por 30% dos estabelecimentos e 22,5% dos vínculos. Dentre os estabelecimentos relacionados à saúde, o município contava com 3 estabelecimentos hospitalares, que somavam 21 vínculos, e um estabelecimento de Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607), com 359 vínculos. Havia também no município, um estabelecimento Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211), com 10 vínculos formais de emprego ativos em final de dezembro de 2014.

Os maiores QLs observados para estabelecimentos estavam na atividade de Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107), com um valor de 62,67, seguido pela Fabricação de Caminhões e ônibus (Classe 29204), com QL de 54,32. Para vínculos, os maiores QLs foram observados na Fabricação de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414) e no Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10619), com QLs de 275,13 e 254,96 respectivamente (Apêndice B12).

Segundo os dados do CNES de junho de 2015, Camaquã possuía 152 estabelecimentos, sendo a maioria consultórios isolados (69,7%). Com relação a distribuição de vínculos dos especialistas por tipo de estabelecimento, três oftalmologistas tem vínculo em clínica especializada, um em hospital geral e um com vínculo em policlínica. Já com relação aos ortopedistas, sete estão em consultório isolado, seis em hospital geral e quatro policlínica (Tabela 7).

Tabela 7 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento – Camaquã (RS) , 2015

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	5	3,3	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Policlínica	4	2,6	1	20	4	23,5
Hospital Geral	1	0,7	1	20	6	35,3
Consultório Isolado	106	69,7	-	-	7	41,2
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	13	8,6	3	60	-	-
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	18	11,8	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	2	1,3	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	0,7	-	-	-	-
TOTAL	**152**	**100**	**5**	**100**	**17**	**100**

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

No que se trata da quantidade de vínculos das profissões estudadas em Camaquã, o CNES registrava um total de 441 vínculos de médicos para um total de 140 indivíduos. A razão de vínculos por indivíduos variou de 3,2 para os médicos e nutricionistas à 1,3 para farmacêuticos. Já entre os profissionais da APS, a razão de vínculo por individuo é de 3,1 para dentistas à 1 para psicólogos. Com relação às especialidades médicas a razão de vínculos de oftalmologistas em relação a indivíduos é equilibrada, sendo 5 vínculos para 4 indivíduos; Já entre os ortopedistas a razão é de 2,8, respectivamente 17 vínculos para 6 oftalmologistas. (Tabelas 8).

Tabela 8 - Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Camaquã, junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	**Indivíduos**	**Razão**	**Vínculos**	**Indivíduos**	**Razão**
Médicos	441	140	3,2	34	20	1,7
Cirurgiões-dentistas	127	45	2,8	34	11	3,1
Enfermeiros	59	42	1,4	12	11	1,1
Farmacêuticos	20	16	1,3	0	0	*
Fisioterapeutas	38	22	1,7	2	1	2,0
Psicólogos	44	24	1,8	4	4	1,0
Nutricionistas	16	5	3,2	5	2	2,5
Oftalmologistas	5	4	1,3	-	-	-
Ortopedistas/traumatologistas	17	6	2,8	-	-	-

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, a maioria tem vínculo de autônomo, pessoa física. Com maior concentração; nos nutricionistas (68,7%), médicos (66,4%), dentistas (52,8%), psicólogos (45,5%), fisioterapeutas (39,5%) e enfermeiros (32,2%). Já entre os farmacêuticos, 30% são celetistas e 25% autônomo, pessoa jurídica. (Tabela 9).

Entre os profissionais que atuam na APS, todos os nutricionistas e psicólogos são autônomo, pessoa física. Esse mesmo tipo de vínculo é observado na maioria dos médicos e dentistas, respectivamente 70,6% e 88,2%. Entre os enfermeiros, 58,3% são estatutários. Os dois fisioterapeutas são estatutários. (Tabela 10).

Tabela 9 - Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Camaquã, junho de 2015.

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	8	1,8	25	19,7	17	28,8	3	15,0	3	7,9	6	13,6	0	0
Empregado público	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Comissionado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Celetista	3	0,7	0	0,0	19	32,2	6	30,0	8	21,1	3	6,8	1	6,25
Temporário	5	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,3	4	9,1	0	0
Autônomo, pessoa física	293	66,4	67	52,8	19	32,2	0	0,0	15	39,5	20	45,5	11	68,75
Autônomo, pessoa jurídica	59	13,4	13	10,2	0	0,0	5	25,0	5	13,2	10	22,7	4	25
Bolsista	6	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Informal	24	5,4	0	0,0	4	6,8	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0
Outros, autônomo sem descrição	42	9,5	22	17,3	0	0,0	6	30,0	5	13,2	0	0,0	0	0
Total	441	100	127	100	59	100	20	100	38	100	44	100	16	100

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

Tabela 10 - Quantidade de vínculos das profissões estudadas que atuam na APS por tipo de vínculo em Camaquã, junho de 2015.

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Fisioterapeuta		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	1	2,9	4	11,8	7	58,3	2	100	0	0	0	0
Comissionado	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autônomo, pessoa física	24	70,6	30	88,2	2	16,7	0	0	4	100	5	100
Bolsista	6	17,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informal	3	8,8	0	0	3	25	0	0	0	0	0	0
Total	**34**	**100**	**34**	**100**	**12**	**100**	**2**	**0**	**4**	**100**	**5**	**100**

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

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, três oftalmologistas possuíam vínculo de autônomos, sendo um de pessoa física e dois sem descrição, um era celetista e um possuía vinculo informal. Entre os ortopedistas, todos eram autônomos, sendo sete de pessoa física, três de pessoa jurídica e sete sem descrição (Tabela 11).

Tabela 11 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Camaquã (RS), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Celetista	1	20,0	-	-
Autônomo, pessoa física	1	20,0	7	41,2
Autônomo, pessoa jurídica	-	-	3	17,6
Informal	1	20,0	-	-
Outros, autônomo sem descrição	2	40,0	7	41,2
TOTAL	**5**	**100**	**17**	**100**

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

Em se tratando dos vínculos de acordo com a natureza jurídica do estabelecimento, observou-se as empresas privadas agregam três dos oftalmologistas e sete ortopedistas, a administração direta agrega um oftalmologistas e quatro ortopedistas e as entidades beneficentes sem fins lucrativos agregam um oftalmologistas e seis ortopedistas. (Tabela 12).

Tabela 12 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Camaquã (RS), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	1	20,0	4	23,5
Empresa Privada	3	60,0	7	41,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	1	20,0	6	35,3
Total	**5**	**100**	**17**	**100**

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

2. Resultado das entrevistas

2.1. REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DA APS

Foram realizadas 25 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 13. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 13 – Relação de entrevistados – Campo Costa Doce – Junho, 2016.

Entrevistados	N
Médicos	6
Enfermeiros	6
Dentistas	1
Gestores UBS	4
Usuários	8
Total	25

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados

O município de Guaíba conta com nove Unidades Básicas de Saúde, que podem adotar tanto o modelo tradicional quanto de Estratégia de Saúde da Família. Nesses estabelecimentos são realizadas consultas com médicos clínicos-gerais, pediatria, ginecologista-obstetra e também odontologista. Além disso, as UBS fazem procedimentos básicos de enfermagem, como verificação de pressão arterial, imunizações (vacinação), verificação do nível de glicose no sangue, curativos, nebulizações, entre outros.[1]

No entanto, segundo os entrevistados, a resolutividade das UBS é considerada baixa. O município passa por grande dificuldade financeira; a disponibilidade de materiais e equipamentos está precária, o sistema de regulação não funciona, não existe triagem para os encaminhamentos e a distribuição de medicamentos está centralizada em uma única farmácia, dificultando o trabalho das UBS.



Figura 1: Unidades Básicas de Saúde - Guaíba/RS

[1]http://www.guaiba.rs.gov.br/Sec_Saude/ubs.html#

O município de Camaquã possui 6 unidades básicas de saúde, entre modelos tradicionais e de estratégia de saúde da família. Algumas equipes de atenção primária atuam dentro de unidades ambulatoriais, cujo ambiente se assemelha à policlínicas.

Visitamos em campo a maior destas unidades, que atende cerca de 60% da população local, além de moradores de outros municípios – que não possuem especialistas – que fazem o cartão SUS em Camaquã. Por se tratar de um município carente, a gestora da unidade estima que quase 90% da população utiliza o SUS.

Hoje a estrutura do local abriga seis consultórios médicos e dois consultórios odontológicos, prevendo ampliação para mais dois consultórios e uma sala de procedimentos até 15 dias após a nossa visita. Esse estabelecimento funciona em horário diferenciado das demais: de 07 às 19 horas.

A unidade conta com os seguintes profissionais médicos: um ginecologista, um urologista, dois nefrologistas e dois traumato-ortopedistas. No mesmo local onde está situada, funciona também uma Unidade Básica de Saúde, onde atendem 10 clínicos, um pediatra (existem dois no município) e dois obstetras, que são os únicos de Camaquã e dão conta de toda a demanda do município, excetuando a população de alguns estabelecimentos que têm ESF e contam com médicos do PROVAB e Mais Médico, onde estes profissionais também fazem atendimento obstétrico.

A equipe de profissionais não-médicos conta com 16 técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, uma nutricionista e uma psicóloga. Estas últimas realizam atendimento em outras unidades básicas de saúde.

Para o atendimento especializado o paciente deve ter o encaminhamento do clínico geral, que será levado à secretaria de saúde para agendamento. Casos mais urgentes são conversados diretamente com o especialista, naquela unidade. A vigilância epidemiológica encontra-se, também, no mesmo ambiente.

Análise das entrevistas

Médicos

Foram entrevistados seis médicos da APS, sendo três mulheres e três homens e com idade variando de 26 a 47 anos. Nenhum dos entrevistados era natural dos municípios em que foram realizadas as entrevistas, sendo três nascidos em Cuba. Todos residiam no município pesquisado. Com relação à graduação, quatro formaram em Cuba e dois em municípios do estado.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de nove meses a 30 anos, e o tempo de atuação na UBS visitada variou de sete meses a três anos. Quatro entrevistados eram bolsistas do 'Programa Mais Médicos', um do PROVAB e um era Estatutário. Apenas dois não possuíam título de especialista, três tinham especialização em Medicina Geral e um era Pediatra e Nefrologista. Este último, além do trabalho na UBS declarou atender também em consultório particular (Tabela 14).

Tabela 14: Perfil dos médicos entrevistados – Região de Costa Doce – Junho 2016.

MEDICOS						
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Município da entrevista	Guaíba	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Camaquã	Camaquã
Naturalidade/UF	Santiago de Cuba	Matanzas, Cuba	Londrina, PR	Santa Maria, RS	Santo André, SP	Santiago de Cuba
Município de residência	Guaíba	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Camaquã	Camaquã
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade (anos)	46	48	47	26	28	33
Ano de conclusão da graduação	1994	1983	1992	2015	2014	2010
Município/UF de graduação	Santigo de Cuba	Havana, Cuba	Passo Fundo, RS	Santa Maria, RS	Havana, Cuba	Santigo de Cuba
Tempo de atuação na APS	20	30 anos	23 anos	9 meses	1 ano	6 anos
Tempo de atuação na UBS	3	1 ano e 3 meses	2 anos	8 meses	1 ano	2 anos e 6 meses
CH total semanal na UBS **	40	40	20	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	PMM	PMM	Estatutário	PROVAB	PMM	PMM
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Possui outro trabalho	Não	Não	Sim	Não	Não	Não

*O nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.
**Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

O perfil dos pacientes atendidos pelos médicos é bastante amplo, apresentando diversificação nas respostas. Apenas população quilombola não foi assinalado por nenhum dos entrevistados.

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

Os resultados indicam que as médicas sabem executar mais procedimentos do que realizam na prática, nas UBS. Do total de resposta, 42,5% (n=125) foi indicado como 'realizo na UBS', 45,9% (n=135) foi assinalado como 'não realizo, mas sei fazer' e apenas 11,6% (n=34) como 'não realizo e não sei fazer'. Todos os participantes indicaram realizar na UBS:

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

A maior parte dos entrevistados realiza também a remoção de cerume e o tratamento de feridas superficiais. Apenas um médico indicou que realiza na UBS:

- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva;
- Cauterização de epistaxe;
- Infiltração de anestésico local;
- Teste de Papanicolau;
- Inserção de cateter ureteral;
- Eletrocardiograma.

Nenhum dos entrevistados realiza na UBS:

- Suturas;
- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele;

- Raspagem para determinação de fungo
- Crioterapia ou terapia química para a verruga genital;
- Remoção de calo doloso;
- Remoção de molusco contagioso;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Punção venosa;
- Imobilização de fraturas;
- Parto normal de baixo risco;
- Parto normal de alto risco;
- Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica;
- Acupuntura;
- Triagem de acuidade visual.

A maior parte dos entrevistados em campo responderam que não realizam, mas sabem realizar os seguintes procedimentos:

- Sutura;
- Remoção de calo doloso;
- Parto normal de baixo risco
- Raspagem para determinação de fungo
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva
- Remoção de cistos, lipomas e nevos
- Infiltração de anestésico local
- Punção venosa
- Imobilização de fraturas
- Teste de Papanicolau
- Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica
- Incisão e drenagem de abcesso
- Remoção de lesões na pele
- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele
- Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)
- Remoção de molusco contagioso
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)
- Injeção subcutânea
- Pré-natal de alto risco
- Inserção de cateter ureteral
- Eletrocardiograma.

Com relação aos procedimentos que os médicos não realizam e não sabem realizar, ‘crioterapia ou terapia química para verruga genital’ e‘triagem de acuidade visual’ foram indicados por metade dos entrevistados. O ‘parto normal de alto risco’ foi indicado por quatro e a ‘acupuntura’ foi indicada por cinco médicos.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos médicos foi alto. O procedimento ‘raspagem pra determinação de fungo’, ‘remoção de corpo estranho do ouvido’, ‘remoção de corpo estranho na córnea ou conjuntiva’ é desempenhado por dois médicos com baixo nível de confiança. Outros procedimentos realizados com baixo nível de confiança foram citados por apenas um profissional.

A maior parte dos entrevistados declarou que aprendeu a realizar esses procedimentos na graduação, enquanto os médicos 1 e 4 afirmaram que aprenderam, principalmente, na residência.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os médicos sabem fazer, porém não os realizam nas UBS, a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada' foi citada portodos os entrevistados. Três responderam, ainda, que 'é realizado por outro profissional de saúde da UBS'. Além desses, um entrevistado citou 'a política da unidade não permite a realização destes procedimentos' e outro alegou que 'não consta nos protocolos e guias clínicos do município'. Este afirma, ainda, que a cultura da população "força-os" a realizar o encaminhamento.

Dois entrevistados afirmaram que não realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde. Aqueles que afirmaram realizar, citaram "serviço administrativo", "casos isolados", "triagem" e "curativo e drenagem de abscesso".

Com relação à percepção das médicas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde foram relacionados à pequenas cirurgias, sendo que três citaram drenagem de abscesso e dois afirmaram que estariam dispostos a realizar sutura e um afirmou, ainda, desejar retirar lipomas. Outros procedimentos citados foram: tratamentos de feridas, espirometria, pesquisa de sangue oculto nas fezes, testes rápidos, pré-natal de baixo risco, puericultura e lavagem otológica.

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – apenas um dos médicos não estaria disposto a realizar (médico 1); quatro indicaram que poderiam realizar mediante treinamento e capacitação. Já um dos entrevistados indicou que o clínico geral já deveria saber realizar este procedimento.

> Sim claro, para os pacientes com artrite reumatoide, artrose resolve muito. Quem é clinico geral tem que saber fazer. É algo muito simples que trás uma boa resolutividade para o problema do paciente. Aqui no município acho que só tem um ou dois médicos que fazem isto. A gente tem que fazer o encaminhamento para eles que não é SUS, é privado. (Médico 6)

Ao serem questionadas sobre o acesso/encaminhamento para serviços especializados, as avaliações variaram de ruim a muito ruim. A justificativa para as avaliações negativas incluíram principalmente a alta demanda e o tempo de espera elevado. Apenas um entrevistado possui opinião contrária aos demais, uma vez que afirma ter acesso a várias especialidades e, portanto, considera ‘boa’.

Os entrevistaram destacaram maior dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades como endocrinologia, ortopedia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia e reumatologia. A oftalmologia foi citada por um dos médicos como sendo mais demorada, enquanto outro afirmou que, para essa especialidade, o tempo de espera é menor.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, nenhumentrevistado considera estar sobrecarregado, sendo que dois afirmam que poderiam executar mais tarefas clínicas. Um afirma, ainda, que se sente “subutilizado”.

Sobre com quais tarefas clínicas os médicos gostariam de gastar menos tempo,um citou a realização de Papanicolau, abordando também educação em saúde, um citou a renovação de receitas e outro gostaria de gastar menos tempo com pacientes da saúde mental.Três respondentes afirmaram que não gostariam de gastar menos tempo com as atividades desenvolvidas na UBS.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todos os médicos afirmaram utilizar o ‘Telessaúde’ e consultar protocolos clínicos, livros e artigos. Cinco entrevistados realizam, também, consulta/discussão de casos com outros profissionais de saúde e participam de atividades educativas ou programas de educação permanente; um deles frisa que isso se dá somente por iniciativa própria. Três relataram que consultam/discutem casos com outros médicos.

Enfermeiros

Entre os seis enfermeiros entrevistados durante o campo, cinco eram do sexo feminino. A idade variou de 26 a 44 anos. Todos eram brasileiros, sendo três naturais de Porto Alegre e dois naturais de outros municípios do mesmo estado; um não informou. Todos residiam no município pesquisado ou no município vizinho. Com relação à graduação,

todos os entrevistados graduaram no estado do Rio Grande do Sul, sendo quatro na capital, um em Canos e um em Pelotas.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 2 meses a 15 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 meses a 6 anos. Todos possuíam vínculo como estatutário e carga horária semanal de 40 horas, sendo que o município de Guaíba remunera hora extra, pois o regime jurídico é de 30 horas. Apenas um dos entrevistados declarou trabalhar em outro local: em hospital, como celetista. Quatro respondentes afirmaram ter títulos de especialistas: um em saúde pública, um em saúde da família; um em saúde pública e em saúde da família e um em oncologia (Tabela 15).

Tabela 15: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo Costa Doce – Junho, 2016.

ENFERMEIROS						
Nº de identificação do entrevistado*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Município da entrevista	Guaíba-RS	Camaquã-RS	Guaíba-RS	Guaíba-RS	Camaquã-RS	Guaíba-RS
Naturalidade/UF	-	Camaquã-RS	Porto Alegre-RS	Porto Alegre-RS	Pelotas-RS	Porto Alegre-RS
Município de residência	-	Camaquã-RS	Guaíba-RS	Porto Alegre-RS	Camaquã-RS	Porto Alegre-RS
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	40	37	26	44	40	39
Ano de graduação	-	2015	2012	1998	2002	2002
Município/UF de graduação	Porto Alegre-RS	Porto Alegre-RS	Porto Alegre-RS	Canoas-RS	Pelotas-RS	Porto Alegre-RS
Tempo de atuação na APS	2,5 anos	2 meses	3 anos	15 anos	6 anos	1,5 anos
Tempo de atuação na UBS	2,5 anos	2 meses	1 ano	3 anos	6anos	5 meses
CH total semanal na UBS	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário
Possuí título de especialista	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Possui outro trabalho	Não	Sim	Não	Não	Não	Não

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

Os Enfermeiro 1 e 6 responderam apenas à tabela de procedimentos, uma vez que foram entrevistados previamente como gestores das unidades de saúde. O Enfermeiro 5 não respondeu à tabela de procedimentos, devido ao tempo limitado para a entrevista.

O perfil dos pacientes atendidos pelos enfermeiros entrevistados é bem amplo, e não apresenta muita variação. Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 34 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de

serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do enfermeiro em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que os enfermeiros, de modo geral, não estão realizando o que sabem fazer, na prática. Do total de respostas, apenas 42,4% foram assinaladas como 'Faz na UBS', 39,4% em 'Não faz, mas sabe fazer' e 18,2% em 'Não faz, e não sabe fazer'. Entre os procedimentos apresentados 76,5% (n=26) são realizados por pelo menos um enfermeiro na atenção primária.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Encaminhar usuários a outros serviços;
- Realizar exame de 'Papanicolau';
- Interpretar exame de 'Papanicolau';
- Realizar curativos;
- Aplicar vacinas.

Quatro profissionais ainda citaram os seguintes procedimentos, como sendo realizados na UBS: 'retirar pontos' e 'prescrever curativos'.

Os procedimentos a seguir foram citados por apenas um profissional, como sendo realizados na UBS: 'solicitar exames de imagem', 'realizar parto normal emergencial' e 'realizar eletrocardiograma'. Dois afirmam, ainda, 'comunicar diagnóstico aos pacientes (como diabetes, hipertensão), 'interpretar exames de imagem', 'realizar imobilizações' e 'inserir sonda nasogástrica' e três afirmam 'solicitar exames laboratoriais', 'aplicar vacinas' e 'inserir sondas: nasoentérica, vesical de alívio e vesical de demora'.

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

- Renovar a prescrição médica;
- Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticados;
- Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Prescrever medicamentos controlados;
- Prescrever tratamento para vulvovaginites;
- Realizar sutura;
- Realizar drenagem de abscesso;
- Realizar parto normal;
- Realizar pré-natal de alto risco;
- Realizar teste tuberculínico;
- Interpretar o resultado do teste tuberculínico;
- Anestesia local.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam, mas sabem fazer, apenas 'realizar drenagem de abscesso' foi citado por todos os entrevistados. 'Renovar a prescrição médica', 'prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas' 'prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica' e 'prescrever tratamento para vulvovaginites' foram citadas por quatro profissionais.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam e não sabem realizar, 47,1% (n=16) foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo que nenhum foi citado por todos os entrevistados. 'Realizar teste tuberculínico' foi apontado por quatro enfermeiros, seguido de 'realizar sutura' e 'anestesia local', citados por três profissionais.

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

- Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticados;
- Prescrever medicamentos controlados;
- Interpretar o resultado do teste tuberculínico.

Os principais motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que os enfermeiros sabem fazer, porém não realizam nas UBS foram apontados por 3 entrevistados. Dois relataram ser por 'falta de materiais e infraestrutura inadequada'. O entrevistado 3 relata que, na unidade em que trabalha, havia um paciente necessitando de sondagem, mas que *"Pra passar uma sonda a gente ficou solicitando material durante uma semana. Solicitando, solicitando, solicitando. E o paciente em casa, né?! Não tinha carro para deslocar, não tinha ambulância para trazer. E o paciente precisando, esperando!"*.

Dois enfermeiros apontaram como justificativa 'Não é do âmbito da Atenção Primária à Saúde'. As opções 'Não consta nos protocolos e guias clínicos do município', 'Existência de medidas restritivas do conselho de classe' e 'É realizado por outro profissional de saúde' foram assinalados por apenas um profissional.

Quatro entrevistados afirmaram que realizam trabalho de outro membro da equipe de saúde, citando prescrição de medicamentos – a qual realizam a receita e o médico apenas carimba e assina – atividades administrativas e outras atividades delegadas aos técnicos de enfermagem, como aferição de pressão arterial.

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, três afirmaram estar dispostos a prescrever medicamentos, sendo que dois ressaltaram a importância desse procedimento na área de saúde da mulher, com tratamento para vulvovaginites, no qual já desempenham a maior parte do atendimento:

> Quando eu preciso eu vou lá *na* sala dele [do médico], discuto o caso e ele prescreve *pra* mim. Mas é aquela coisa, *né*?! Toda vez que eu vejo uma paciente com, por exemplo, uma cândida. Aí eu tenho que ir lá, bater na porta do médico e ficar esperando... às vezes *tá* com a porta fechada, aí espera 20 minutos... E a paciente aqui... Aí você não pode chamar outra pessoa! [...] E ele confia um monte em mim. Às vezes eu faço a receita e ele só carimba. Mas é complicado assim, *né*?! (Enfermeiro 3)

> Seria muito útil, porque a gente *pega* aqui muita candidíase, muita *Gardnerella*. Você sabe o que se usa, você sabe o que tem que fazer e não consegue tratar. Tem que encaminhar. Se não é *pro* ginecologista, a gente geralmente descreve o que a paciente tem pra eles [clínicos] só prescreverem, não terem que examinar de novo. (Enfermeiro 5)

O entrevistado 2 afirma que a prescrição de medicamentos não estaria disposto *"[...] porque a gente tem Farmacologia 1, Farmacologia 2 [na graduação], mas a gente não tem a clínica voltada para medicar; tem a clínica voltada para o cuidado. É diferente"*. Este mesmo enfermeiro acredita que poderia realizar apenas o pré-natal de baixo risco, que é feito apenas pelo médico, em sua unidade.

Foram citados, ainda, prescrição de anticoncepcionais e medicamentos relacionados à saúde da criança, como sulfato ferroso (Enfermeiro 3) e solicitação de exames, além do pré-natal (Enfermeiro 4).

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

Três enfermeiros responderam sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, os enfermeiros informaram que depende da especialidade, mas, em geral, um avaliou como boa, outro, como nem ruim e nem boa e um como muito ruim. A justificativa dada, no entanto, pelo entrevistado 3, que considerou "boa", é incompatível com sua resposta. Os motivos para as avaliações negativas foram: tempo de espera prolongado e poucas vagas para as especialidades.

> Pré-natal de alto risco *tá* bem grave. Tem mulheres que já estão ganhando neném e ainda não foram chamadas. Com hipertensão bem grave, diabetes. Só duas gestantes foram chamadas pro alto risco: uma com problema renal grave e outra com NIC 3. O resto [...] não foi chamado... Gestantes com glicose de 300, 400 *[mg/dL]*, hipertensão... Não foram chamadas. O médico tenta manejar aqui, mas é um alto risco! [...] (Enfermeira 3)

A enfermeira 3 conta que esse é um problema do município de Guaíba, justificando: "A gente tá com uma situação financeira bem complicada". A mesma entrevistada reforça a quantidade de vagas insuficiente, para a demanda, e relata como o paciente faz para conseguir:

> Aqui no município a gente tem a policlínica que tem algumas especialidades, mas também é bem difícil de conseguir. Aqui pro nosso posto não vem agenda, só vem *pro* posto de cima... E são só 20 pacientes para cada especialidade: traumato-ortopedia e cardiologia, para uma área enorme. Aqui na minha área são 4.000, na área de cima deve ser mais uns 4.000. *[E vocês têm que referenciar para a policlínica com as vagas de lá?]* Sim. *[A relação com a equipe de lá é boa, então?]* Sim, sim. A enfermeira de lá é bem parceira. Só que é isso, né?! Ela abre a agenda uma quarta-feira do mês... E são 20 vagas. Daí o paciente tem que ir ali de manhã, madrugar, pra conseguir especialista. E na prática... Imagina esse frio do Rio Grande do Sul, o paciente vai pra fila 3, 4 horas da manhã. Quem é idoso, vulnerável, não tem parente, não consegue. Porque quem é muito, muito vulnerável, não chega na fila. Isso é um problema muito grave. Aqui no posto, às vezes, quando é um problema bem grave, eu tento ligar pra lá, mas a direção de lá é bem complicada. (Enfermeiro 3)

A enfermeira 3 relata, ainda, sua indignação com o fato de não ter triagem para os encaminhamentos. Ela conta o caso de uma criança de 11 anos que teve uma parada cardiorrespiratória em casa. Ela foi levada para o hospital, onde conseguiram reanimá-la e estabilizá-la. Após a alta, a criança, que necessitava do acompanhamento de um cardiologista, entrou na mesmo fila de encaminhamentos que aqueles pacientes que não necessitavam do especialista com urgência. Ao tentar priorizar o acesso ao especialista, devido à gravidade do caso, a entrevistada ouviu a seguinte resposta: "Mas ela já foi

medicada no hospital, então pode esperar". "Então o paciente vai pra fila, mas não tem triagem. Não precisa de encaminhamento. Qualquer um que chega pode ser atendido".

Os pacientes que necessitam de internação tem que ir para Porto Alegre, segundo os entrevistados em Guaíba, pois fecharam o hospital que existia no município.

A enfermeira 4 reclama, além do tempo de espera, da inexistência de contrarreferência:

> Só tem um dia da semana pra autorizar pro pessoal todo. [...] Tem especialidade que demora 2, 3 anos. [...] O paciente foi na consulta com endocrinologista, a gente não sabe quando foi, quando voltou, o que aconteceu... Não tem esse retorno! Só na parte de saúde mental, que tem o matriciamento, que tá se fazendo assim. (Enfermeira 4)

A enfermeira 5 acredita que, para o próprio município o encaminhamento é mais rápido, porém, "[...] as que tem que encaminhar via central de regulação *[SISREG]*, é muito demorado!". O sistema de regulação é inexistente em Guaíba, segundo os entrevistados desse município.

As especialidades consideradas mais difíceis na obtenção de encaminhamentos foram: cardiologia, endocrinologia, pneumologia, oftalmologia e urologia, quando se precisa de procedimento que não é realizado no próprio município. A oncologia, segundo o enfermeiro 5, é uma especialidade que se consegue encaminhamento muito rápido: cerca de 7 a 10 dias, no máximo.

Sobre com quais tarefas clínicas os enfermeiros gostariam de gastar menos tempo, somente um enfermeiro citou a atividade "triagem". O restante afirmou que o tempo não poderia ser reduzido com nenhuma tarefa clínica, sendo que um acredita que o tempo desprendido com o serviço administrativo/burocrático é que deveria ser diminuído.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, todos afirmaram <u>não</u> estar sobrecarregados, sendo que uma poderia executar mais tarefas clínicas (Enfermeira 3). Essa afirma que a sobrecarga é exclusivamente psicológica.

> Agora a gente *tá* sem nenhum remédio na atenção básica. Não tenho 'Paracetamol', não tenho 'Amoxicilina', não tenho 'Ibuprofeno'. As únicas medicações que vieram agora são algumas da saúde mental, porque já tinha gente cometendo suicídio, aí acho que eles viram que precisava. [...] A gente tenta, diz "vai *na* igreja". Mas chega uma hora que a igreja vai dizer que não tem mais, porque imagina todo mundo indo *na* igreja... (Enfermeira 3)

A mesma entrevistada faz o relato de um paciente que possuía cardiomegalia e que, constantemente, apresentava edema agudo de pulmão. O medicamento que ele deveria tomar em seu domicílio, diariamente, que é um diurético (Furosemida®), não consta na relação de medicamentos da farmácia popular e não está sendo fornecido pelo município. Como o paciente não tem condição de comprar a medicação, não faz uso. Percebendo que ele tinha falta de ar, quando apresentava edema agudo de pulmão, um candidato a vereador conseguiu o fornecimento de oxigênio domiciliar, que alivia o sintoma temporariamente. No entanto, a enfermeira explica que este material tem alto custo e mascara a grave situação de saúde do paciente, que não está sendo tratado corretamente. A medicação seria mais barata e mais eficaz. Mas o paciente permanece sem fazer uso e descompensando praticamente toda semana:

> É isso que estressa. Parece que nosso trabalho não caminha. *Tu* trabalha todo dia e não vê resultado. Desmotiva! [...] Eu recém cheguei no município. Então, quem recém chegou, ainda *tá* indignada com as coisas. Quem já *tá* aqui há sete anos não *tá nem aí* mais. Cansa de gritar, *né*?! (Enfermeira 3)

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todos os enfermeiros afirmaram que realizam consulta/discussão de casos com outros enfermeiros, com outros profissionais de saúde (não enfermeiros), consultam protocolos clínicos, livros e artigos e utilizam o Telessaúde. O enfermeiro 1 explica como funciona e elogia esse programa:

> Pode ser usado tanto por telefone quanto por *e-mail*. [...] Qualquer caso clínico, dúvida sobre legislação [...] É estadual e o município é conveniado. *[Em quanto tempo dão a resposta?]* É imediata, sempre tem alguém de plantão. As dúvidas a respeito de legislação que eu mandei por *e-mail* eles responderam em 24 horas. É muito bom! (Enfermeiro 1)

Dois entrevistados afirmam que participam, também, de atividades educativas ou programas de educação permanente. Não foram citados outros recursos de apoio.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do enfermeiro para o técnico de enfermagem e foi respondida por três entrevistados. Os entrevistados foram resistentes, sendo consenso que os técnicos não poderiam realizar:

- Renovar a prescrição médica;
- Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Interpretar resultado de exames laboratoriais;

- Solicitar exames de imagem;
- Interpretar exames de imagem;
- Prescrever tratamento para vulvovaginites;
- Realizar pré-natal de baixo risco;
- Realizar consulta de puericultura;
- Inserir sonda nasoentérica;
- Inserir sonda vesical de demora.

As atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram: ‘encaminhar usuários a outros serviços’, ‘retirar pontos’, ‘realizar imobilizações’ e ‘realizar curativos’. Para estes houve divergência de respostas quando questionadas sob qual nível de supervisão autorizariam (direta, indireta ou sem supervisão). Para os demais procedimentos houve divergência de respostas.

Dentistas

Foi entrevistada somente uma dentista em campo. Ela, do sexo feminino, 47 anos, é natural de Pelotas/RS, onde também se graduou, em 2002, e reside atualmente em Canoas/RS. Possui especialização em saúde da família e ortodontia. Trabalhava há 14 anos na APS e há 7 na UBS onde foi realizada a entrevista, que se localizava no município de Guaíba. Sua carga horária semanal era de 30 horas e o vínculo era como estatutária. Atuava também em outra UBS, localizada no município de São Leopoldo/RS.

O perfil dos pacientes atendidos pela entrevistada abrangia desde lactentes até idosos. A dentista não atendia pacientes com doenças endêmicas, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, desabrigados/pessoas que vivem nas ruas e acamados ou com problemas de mobilidade.

Foi disponibilizada à profissional uma lista de 29 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos mais e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que a entrevistada indicasse se realizava ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabia ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança da dentista em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que a dentista, de modo geral, está realizando o que sabe fazer, na sua rotina da unidade básica de saúde. Entre os procedimentos apresentados, 51,7% (n=15) são realizados pela dentista na atenção primária, 20,7% (n=6) foram assinaladas

como ‘Não faz, mas sabe fazer’ e 27,6% (n=8) em ‘Não faz e não sabe fazer’. Outros procedimentos citados foram: profilaxia/limpeza, instrução de higiene bucal e saúde bucal na escola.

A entrevistada afirma realizar as seguintes atividades:

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

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos dentistas foi alto. Não houve procedimento cuja dentista considera baixo seu nível de confiança em desempenhá-lo.

Os motivos identificados na entrevista para a não realização de procedimentos que a dentista sabe fazer, porém não realiza nas UBS foram: a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’, ‘a política da unidade de saúde não permite a realização destes procedimentos’, ‘sobrecarga de trabalho’ e ‘não é do âmbito da atenção primária em Saúde’.

A dentista afirma que não desempenha tarefas que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde. Com relação à sua percepção sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por dentistas especialistas ela estaria disposta a realizar na atenção primária em saúde, a entrevistada afirmou que realizaria ortodontia preventiva.

Sobre a realização de cirurgias, colocação de coroa e endodontia – como já ocorre na atenção primária dos Estados Unidos – a dentista se mostrou disposta a realizar, desde que houvesse disponibilidade de recursos.

Ao ser questionada sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, a entrevistada afirmou ser muito ruim, uma vez que a demanda é grande e a capital é que absorve todos os pacientes, que aguardam cerca de um a dois anos para o atendimento.

Ao ser questionada sobre a situação de trabalho atual, a entrevistada afirmou estar sobrecarregada, porque a demanda é alta. No entanto, não gostaria de gastar menos tempo com tarefas clínicas e sim com "burocracias, preenchimento de fichas".

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, a dentista afirmou que realiza consulta/discussão de caso com outros dentistas e com outros profissionais de saúde, consulta protocolos clínicos, livros e artigos e participa de atividades educativas ou programas de educação permanente.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do dentista para o técnico de saúde bucal. A entrevistadas e mostrou mais resistente em delegar suas atividades. Ela afirmou que os técnicos não poderiam realizar:

- Anestesia;
- Preparo cavitário;
- Biópsia;
- Próteses removíveis (total ou parcial);
- Clareamento;
- Coroa (prótese fixa unitária);
- Selante oclusa;
- Raspagem subgengival;
- Restauração atraumática;
- Sondagem de bolsa (periodontal);
- 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.

'Colocação de material restaurador', 'polimento coronário', 'raspagem supragengival' e 'moldagem' foram autorizadas a serem realizas por técnicos, mediante supervisão direta do dentista. 'Radiografia (periapical, bitewing)' e 'aplicação tópica de flúor' foram autorizados mediante supervisão indireta. A dentista considera que não é necessário supervisão para se 'retirar sutura'.

Gestores de UBS

Foram entrevistados quatro gestores de UBS, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 39e 44 anos. Três eram enfermeiros, com especialização em oncologia, saúde pública e saúde da família, sendo que um possuía título de mestre em saúde do idoso; e um era formado em pedagogia e ciências contábeis. O tempo de atuação na APS variou de 5 meses a 15 anos, na UBS em que trabalhavam na ocasião da entrevista, de 5 meses a 4 anos (Tabela 16).

Tabela 16: Perfil dos gestores de UBS entrevistados –Costa Doce– Junho 2016.

GESTORES				
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Guaíba
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	40	39	41	44
Tempo de atuação na APS	15 anos	15 anos	4 anos	15 anos
Tempo de atuação na UBS	2 anos e meio	5 meses	4 anos	3 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	2 anos e meio	5 meses	4 anos	3 anos
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Pedagogia e Ciên. contábeis	Enfermagem
Possui título de especialista	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Todos os entrevistados concordam que **'a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas'**. O gestor 2 acrescenta, ainda, uma crítica ao sistema, que permanece "medicalocêntrico":

> Nós estamos tentando mudar, e é uma mudança difícil, que é essa visão centralizada no médico. Então muitas vezes o paciente vai para o especialista, porque não está tendo os devidos cuidados na atenção primária. Mas a população tem que se conscientizar também. (Gestor 2)

Três entrevistados também concordam que '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária um qualificação especifica'**, sendo que um gestor acrescenta:

> Na verdade falta educação continuada, cursos de aperfeiçoamento, de atualização. O município oferece, mas são raros. Eu acho que cada profissional tem que se capacitar, não pode ficar só esperando, mas o município poderia oferecer mais cursos. (Gestor 2)

O gestor que discorda desta afirmativa acredita que é necessário saber de tudo, não realizar cursos específicos:

> O nosso leque de atividades nos obriga a saber de tudo um pouco. Não precisa fazer uma especialização [...] Porque eu vou fazer o primeiro atendimento de saúde mental. A partir do momento que eu detectar um risco de suicídio, eu vou encaminhar. Não vou me responsabilizar pela vida de um paciente instável. Assim como outras situações. [...] Eu não preciso ser mais especializado nas áreas, eu preciso é saber um pouco de tudo. (Gestor 1).

Ao serem questionados se '**algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS'**, três concordam, citando exemplos de descentralização do tratamento de tuberculose e HIV, solicitação de exames específicos, como PSA (Gestor 1),eletrocardiograma, mapa cardiológico, ausculta de BCF, ecocardiograma, tabela de Snellen (Gestor 4). Os gestores criticaram a falta de responsabilização do médico da Atenção Primária:

> É fácil encaminhar, então os profissionais encaminham. *[Mas é fácil obter vaga de especialista?]* Não, mas aí você entra em outra questão que é a corresponsabilidade profissional, que aqui não existe. O profissional, principalmente médico, encaminha o paciente. Ahh, mas ele não vai conseguir vaga. Bom, aí o problema não é meu, eu fiz a minha parte que é de encaminhar. Tem paciente aqui, do pré-natal de alto risco, que fica 3 meses na fila. Eu fico atendendo, o médico daqui fica atendendo, mas eu sei que tem unidades que os profissionais não atendem: Eu já mandei pro alto risco, agora é do alto risco. Eles não se sentem responsáveis pelos pacientes. (Gestor 1)

A gestora 2 afirma que existem casos, como a obesidade, que podem e devem ser tratados por médicos da APS: *"[...] Às vezes, você tira a oportunidade de alguém que necessita realmente daquele atendimento [...]"*. Ela elogia a participação da regulação de encaminhamentos via telefônica, chamada também de "Telessaúde":

> A gente agora tá com o telessaúde, que está trazendo de volta isso aí. Eles ligam e perguntam Por que você encaminhou? Por que pediu esse exame?. Aí os médicos acham que está travando um pouco mais. [...] Agora eles estão tendo que ter mais responsabilidade em relação a esses encaminhamentos. Isso tá dando trabalho, mas tá sendo bom. (Gestor 2)

Apenas três entrevistados opinaram sobre a seguinte afirmativa, sendo que todos concordam que '**a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas'**.

Todos os entrevistados concordam que **'algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados'**, sendo citada a necessidade de protocolos para que isso ocorresse por três: *"Poderia e até ajudaria bastante, mas isso tem que ter protocolo"* (Gestor 2). O gestor 4 detém a mesma opinião: "*É cada um no seu quadrado, mas a gente faz, né?! Quando precisa... Mas se a gente tivesse um protocolo bem embasado [...]"* (Gestor 4). Um dos gestores expõe a limitação da autonomia dos enfermeiros, pelo mesmo motivo:

> Protocolo de enfermagem faz muita falta aqui em Guaíba. O único protocolo que nós conseguimos instituir, até agora, é o de pré-natal. Agora estamos tentando nos organizar para fazer de saúde da mulher: mamografia, anticoncepcional... Atualmente a gente só prescreve ácido fólico e sulfato ferroso. (Gestor 1)

Três gestores opinaram sobre a seguinte afirmativa: **'a expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos'**, sendo que um discorda. O gestor 4, que concorda, acrescenta: *"Cada um tem suas atividades... Chega uma hora que tu vai limitar. Tem protocolos em Porto Alegre que o pessoal trabalha super bem, consegue desenvolver o trabalho. Como a gente tá iniciando os protocolos aqui, isso limita muito".*

Sobre se **'algumas atividades executadas por dentistas, em CEO, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária'**, dois gestores preferiram não opinar, pois desconhecem os procedimentos odontológicos. Os outros dois concordam, sendo que um acrescenta: *"Os nossos dentistas aqui, a gente dá graças a Deus quando eles fecham uma cárie, porque eles não querem nada com nada"* (Gestor 1).

Dois gestores concordam que '**cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica**' e dois concordam que **'o Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica'**: *"Uma série de coisas deveria ser padronizada. Esse excesso de autonomia que você dá para o município, na verdade você o libera para fazer o que quiser. Então deveria ser mais fechado, deveria ser mais o ministério"* (Gestor 1). O gestor 4 acrescenta: *"Depende da realidade de cada município, mas seria bom o Ministério também. Acho que ele pode dar um norte para os municípios"* (Gestor 4).

Três gestores acreditam que **'é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos'** e que **'a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnico deve respeitar os limites estabelecidos por lei'**: *"As enfermeiras pagam o COREN para fiscalizar elas, os médicos pagam o CRM pra defender eles. Então a lei deve ser cumprida"* (Gestor 3).

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**, um acredita ser apenas o Ministério da Saúde e cita um exemplo internacional para se justificar:

> No Canadá, por exemplo, que tem um dos melhores programas de saúde do mundo, exercer uma atividade da saúde é uma concessão do Estado. [...] Então ele determina onde você pode atuar, quais são os seus limites legais. Isso faz com que se qualifique a atenção, que não tenha vazios no atendimento. Ah, eu quero trabalhar em Porto Alegre porque tem a clínica do meu pai. Não! [...] O excesso de poder que é dado aos conselhos faz com que se crie uma reserva de mercado, que não contribui em nada com a saúde pública, com a assistência em saúde. (Gestor 1)

Um acredita que o Conselho deveria ter a palavra final, mas não sabe opinar sobre o papel do Ministério. Dois acreditam que ambos deveriam definir, sendo que um deles afirma que o Conselho:

> [...] tem que regulamentar a profissão, dizer o que a gente deve ou não deve fazer. Se não fosse assim a gente teria aquela tia que resolveu ser cuidadora e vem aqui aplicar injeção. Eles têm que nos proteger. Até porque, se eu der uma medicação, eu tenho que me responsabilizar pelo que eu estou fazendo. (Gestor 2)

Já se '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão**', as opiniões foram divididas. Enquanto dois concordam com a afirmativa, os outros dois discordam: *"É mais uma coisa interna. Não precisa mudar a lei"* (Gestor 3).

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS's. Relacionados à cardiologia foram citados: Hipertensão não complicada (Gestores 1 e 4), angina não instável (Gestores 1 e 4), arritmias e crise hipertensiva (Gestor 4):

> Se ela tá estabilizada, se a patologia tá estável, ela pode ser tratada. Até três vasopressores pode se atender na atenção primária. Normalmente eles encaminham. "Ah, mas vamos dar o Captopril aqui"."Não, o cardiologista que vai dar". O médico daqui inicia, nas outras unidades se encaminha tudo! O médico daqui é odiado pelos outros médicos porque ele foge ao padrão. (Gestor 1)

O gestor 2 conta que existe resistência do próprio paciente e falta de segurança/capacidade do médico:

> Aqui não vi tantos casos que são desnecessários, mas tem situações que o paciente poderia ficar aqui, mas ele mesmo não quer. Tem muita resistência do paciente. E ele se sente desassistido se você nega isso a ele. Mas existem situações em que o médico *tá* seguindo um tratamento e ele precisa mudar aquilo ali, mas ele não se sente mais capaz de fazer isso. Aí encaminha para o *cárdio*.(Gestor 2)

O gestor 3 afirma que, o que dá para ser resolvido na unidade, já está sendo. O restante, é limitado pela estrutura:

> Os dois médicos que estão aqui são bem atenciosos. Eles têm pacientes que tiveram AVC, que fazem acompanhamento aqui todos os dias, olham a pressão pra ver como tá. O que eles conseguem, eles fazem aqui, mas não tem estrutura, não tem nada. É igual a Benzetacil, se precisa não pode fazer aqui. [...] E tinha quase todos os dias, paciente que precisava fazer intramuscular. (Gestor 3)

Em relação à oftalmologia, os gestores citaram: triagem de acuidade visual (Gestores 1 e 4), conjuntivites (Gestores 1 e 3) e glaucoma (Gestor 4). O gestor 1 acredita que não existe critério para encaminhamento: *"O paciente chega e fala assim "Ah, eu acho que preciso de um oftalmologista." [E o médico] "Vai! Encaminho ao oftalmo!""*. O gestor 2 acredita que deve-se encaminhar sempre, e justifica:

> É muito específico, né?! Já começa que tem que ter uma avaliação que necessita de instrumentos, de meios que não temos aqui. E mesmo que tivesse, é muito específico. Tem que ser o *oftalmo*. *Tá* com dificuldade de visão? Tem que ser ele pra ver o grau, *pra* examinar fundo de olho, retina. (Gestor 2)

Entre os casos referentes à ortopedia, os gestores afirmam que, o que pode, já está sendo feito, como tratamento de lombalgias e outras analgesias para casos agudos e crônicos (que já estão em tratamento): "O restante deve ser encaminhado, por ser muito específico" (Gestor 1). Este mesmo gestor acrescenta:

> Se a gente tivesse um raio-X no município já ajudaria muito. Se o paciente não conseguir no [hospital] regional, tem que ir pra Porto Alegre. Ou então tem que pagar [...] A prefeitura tinha um convênio, aí não sei o que aconteceu que desmancharam o convênio. (Gestor 1)

Os entrevistados citaram casos de outras especialidades e mantiveram a crítica aos encaminhamentos desnecessários, principalmente para endocrinologista:

> No município é encaminhada muita bobagem. O paciente tá com 110 de glicose, já manda pro *endócrino*. Não entra com dieta, não faz o primeiro atendimento. Vai *pro endócrino*. TSH está alterado, não pede nem T3 e T4, manda *pro endócrino*. *Endócrino* é uma coisa que manda muita bobagem. (Gestor 1)

Quando questionados sobre os motivos pelo quais estes casos não são resolvidos nas UBS, os gestores citaram, além da cultura profissional, de realizar encaminhamentos desnecessários, a cultura da própria população:

> Muitas coisas os pacientes não precisam, mas têm na cabeça que eles precisam, eles precisam, eles precisam, eles insistem, eles insistem, eles te deixam quase louca.[...] Aqui do lado eles recebem bolsa família, vale gás, vale isso, vale aquilo outro. Eles não trabalham. Então eles têm tempo pra achar doença. Então, se a secretaria de saúde fizesse alguma coisa pra eles... alguma atividade mensal, eles não pensariam tanto em doença. Cabeça vazia só acha doença! São todos depressivos, se enchem de Rivotril®. (Gestor 3)

A falta de protocolos (Gestor 2), de conhecimento geral e de equipamentos (Gestor 4), além das limitações gerais do sistema, como restrição na solicitação de exames laboratoriais, também foram citadas: "*Se a gente tivesse uma cota pra PSA, o paciente ia lá, fazia e voltava! Era uma consulta a menos com o urologista"* (Gestor 1).

Outro fator citado foi a falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde, que limita a assistência aos usuários do sistema:

> Medicamento não tem nenhum. Agora, com a nova resolução do COREN, o enfermeiro está proibido de dispensar medicação. [...] [*Mas não tem farmácia aqui, como vocês fazem?*] O problema é do paciente, porque é só na farmácia central. Aí o paciente vem aqui, gasta mais R$10,80 pra ir na farmácia central e, 90% das vezes, não tem a medicação. Aí o dinheiro que ele podia estar comprando o início do tratamento, já gastou em passagem. (Gestor 1)

O gestor 2 aponta o mesmo motivo, mas explica o porquê da situação estar ocorrendo, além da resolução do conselho profissional de enfermagem:

> Se chegar um paciente com febre eu não tenho um *Paracetamol* para dar para o paciente. A farmacêutica falou que nós temos que ter 130 mil reais para comprar todas as medicações que nós precisamos. Ela tem 70 mil, sendo que nós temos um pronto atendimento para abastecer. Então é dada prioridade para o pronto atendimento. O estado não está repassando a verba que tem que repassar para os

> municípios, então não é culpa do município. O município não tem o que fazer. (Gestor 2)

Novamente em crítica ao sistema de saúde, um dos gestores afirma que não existe padronização nem retorno profissional, no referenciamento do pacientes:

> [...] É uma conversa. O médico faz um papel, anota o ponto de referência, o paciente mesmo leva e fica ali esperando. Depois eles ligam para o paciente, a gente fica sabendo quando vem consultar de novo, porque aí ele conta pra gente. Senão não teria retorno nenhum. (Gestor 3)

Uma limitação geral do município também foi citada: a falta de estrutura física, como maternidade. *"Se a gestante tá pra ganhar, a gente faz o primeiro atendimento e manda pra Porto Alegre, porque não tem maternidade no município. Não nasce ninguém em Guaíba, todo mundo é de Porto Alegre"* (Gestor 4).

Por fim, foi solicitado aos gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. Foram apontadas como vantagens: aumento da resolutividade da atenção primária, redução de encaminhamentos desnecessários e redução de custos: *"Eles [os gestores] não se dão conta desse contexto. Diminuiria exames, diminuiria muita coisa [...]"* (Gestor 3).

O gestor 1 também aponta a redução de custos e acrescenta que se deve mudar o sistema, embora não seja tarefa fácil:

> Tantas coisas que as pessoas não percebem... Uma consulta com o especialista eles pagam 13 reais, com o enfermeiro custa 4,80. Porque a gente vai encaminhar para uma consulta cara, se ele vai dar uma receita de Ciclo 21, vai pedir uma mamografia? O caderno de atenção básica do ministério da saúde determina que toda mulher acima de 45 anos deve fazer a mamografia anual, acima de 50 deve fazer aquilo [...] então deveria ser só ir no centro que faz a mamografia e falar que tem mais de 50 e quer fazer a mamografia. Mas mudar isso é difícil! (Gestor 1)

O entrevistado 4 acrescenta: *"Vai facilitar a vida de todo mundo"*.

A principal desvantagem citada foi o aumento de trabalho, embora não demonstrem importância para este fator: *"Pra nós, é mais trabalho. Mas eu e o médico daqui, que gostamos de trabalhar, a gente não se importa com isso. A gente quer ver o paciente sair daqui com o problema resolvido. Dá prazer em ver ele bem". (Gestor 1) "Vai ter*

um pouco mais de tarefas, mas normal. Se a gente saísse um pouco da parte burocrática e fosse mais para a parte assistencial..." (Gestor 4).

O gestor 3, em contradição ao dito como vantagem, foi o único que afirmou que o custo para o município aumentaria, uma vez que esta ampliação exigiria a contratação de mais profissionais (Gestor 3).

Usuários

Foram entrevistados oito usuários do SUS, de ambos os sexos, em cinco UBS diferentes, sendo quatro em Guaíba e uma em Camaquã. A idade dos entrevistados variou entre 16 e 54 anos e a renda mensal pessoal máxima identificada foi de três salários mínimos, sendo que dois dos usuários relatou não receber qualquer tipo de renda mensal e um apresenta renda de até um salário mínimo. A escolaridade dos entrevistados oscilou desde Ensino Fundamental incompleto até Ensino médio completo mais técnico. Nenhum dos usuários possuía plano privado de saúde à época da realização da pesquisa (Tabela 17).

Tabela 17: Perfil dos usuários entrevistados – Campo Costa Doce – Junho, 2017.

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)	54	47	46	42	41	41	16	16
Escolaridade	1° grau incompleto	2°grau completo	2° grau completo mais técnico	1° grau completo	1° grau incompleto	2° grau incompleto	2° grau completo	2° grau completo
Renda mensal	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	Nenhuma renda	Até 1 salário mínimo	Nenhuma renda

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

A maioria, equivalente a seis entrevistados, já havia buscado atendimento de saúde anteriormente nas unidades de saúde onde foram realizadas as entrevistas; dois dos entrevistados procuraram a unidade pela primeira vez. Entre os motivos para a procura, no dia da entrevista, pelo serviço de saúde, foram citadas razões agudas e motivos diversos, como check-up, consulta agendada, encaminhamentos, buscar receita de medicamento e acompanhamento de gestação.

Do total de entrevistados, sete relataram que, ao procurar a unidade de saúde, seu problema foi resolvido pelo médico. Em um dos casos, o enfermeiro foi o profissional procurado, apontado como aquele que solucionou o problema de saúde do usuário.

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, dois dos entrevistados responderam que não gostaria de ser atendido por nenhum outro profissional e que procuraria outro serviço de saúde; um preferiria o atendimento com o técnico de enfermagem; Os outros usuários responderam que desejariam ser acompanhados pelo enfermeiro da UBS.

Em circunstância de presença de sintomas de tosse há uma semana, dois usuários afirmaram que prefeririam aguardar mais dois dias por uma consulta com o médico; três consultar-se-iam com o enfermeiro no mesmo dia, sendo que um desses também procuraria um farmacêutico; um não saberia o que fazer; o outro não apresenta preferência; e um terceiro procuraria outro unidade para ser atendido.

Em hipótese de fortes e frequentes dores de cabeça, a maioria, equivalente a cinco entrevistados, optaria pelo atendimento realizado pelo enfermeiro no mesmo dia; três decidiriam por serem consultados pelo médico da UBS após três dias, sendo que um desses tomaria remédio enquanto aguarda a consulta.

Por fim, em caso de queixa de dor nas costas há uma semana, a maioria, equivalente a seis entre os usuários, afirmou que preferiria a consulta com o fisioterapeuta no mesmo dia; um dos entrevistados escolheria a consulta médica após três dias; e outro gostaria de ser atendido por um farmacêutico.

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

atendimento; dois relataram que não se sentiria nem mais nem menos confiante; e um não soube responder.

Saber que o profissional tem formação para consultar e receitar o tratamento faria com que seis usuários se sentissem mais confiantes; um relatou que não se sentiria nem mais nem menos confiante; e outro não soube responder.

Saber que o profissional trabalha junto com o médico de referência do usuário faria dois dos entrevistados não se sentirem nem mais, nem menos confiantes; cinco sentir-se-iam mais confiantes; e um não soube responder.

Saber que profissional é especialista na sua doença faria com que cinco usuários se sentissem mais confiantes, dois não se sentiriam nem mais, nem menos confiantes e um não soube responder.

O fato de o profissional seguir o manual da unidade de saúde faria dois dos entrevistados sentirem-se nem mais, nem menos confiantes; cinco se sentiriam mais confiantes; e um não soube responder.

Saber que o profissional conheceria previamente o caso por meio da ficha do usuário, faria com que seis entrevistados se sentissem mais confiantes; um não se sentiria nem mais nem menos confiante; e um não soube responder.

Por fim, supondo que o profissional receitasse medicamentos há muitos anos, sete entre os usuários afirmaram que se sentiriam mais confiantes diante desse fato, enquanto apenas um não soube responder.

Entre as circunstâncias que fariam os entrevistados voltarem para consulta com o médico, as respostas apresentadas pelos usuários foram: suspeita de câncer; estivesse muito desesperado; gestação e parto; em caso de reação alérgica; pressão alta e pneumonia. Um afirmou que sempre consultaria com outros profissionais e, por fim, dois dos usuários relataram preferir sempre o médico.

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

Durante do campo da na região de Costa Doce foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da atenção primária em saúde, médicos especialistas ortopedistas/traumatológicas e oftalmologistas, representantes de sociedade, sindicato e Conselho Regional de Medicina (CRM) (Tabela 18).

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

Entrevistados	N
Ortopedistas	4
Oftalmologistas	4
Gestores de UBS	4
Médicos de UBS	6
Sociedade	1
Sindicato	1
CRM	1
Total	22

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

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório Isolado

Foram realizadas entrevistas com três oftalmologistas e um ortopedista em consultórios isolados privados. O consultório isolado de ortopedia estava localizado no município de Guaíba e prestava atendimento a pacientes do sistema privado de saúde, tanto de convênios, cujo principal era a "UNIMED", quanto aqueles cujo pagamento se dava via desembolso direto. A clientela era majoritariamente do próprio município.

Uma das oftalmologistas, entrevistada em seu consultório em Guaíba, atende pacientes privados e conveniados e sua consulta custa, em média, R$150,00. Segundo ela, recebe pacientes de toda região e atende sozinha naquele estabelecimento.

A oftalmologista entrevistada em Camaquã também atendia pacientes privados e conveniados. Ela afirma que, como só existe um profissional dessa especialidade

atendendo pelo SUS, aqueles que têm condição ou que, por outro motivo, não deseja ser atendido por ele, acaba chegando ao seu consultório. A consulta custa, em média, R$200,00, mas o preço é reduzido – ou o atendimento é feito gratuitamente – quando percebe que o paciente não tem condição financeira. Os pacientes atendidos são provenientes principalmente do próprio município e municípios vizinhos. Na mesma clínica funciona um consultório odontológico, onde seu filho presta atendimento ao público privado.

Policlínica

Três ortopedistas e um oftalmologista foram entrevistados em policlínicas, sendo dois ortopedistas e um oftalmologista em Guaíba e um em Camaquã. A policlínica de Guaíba atende exclusivamente ao público do SUS. Este estabelecimento possui três vínculos de oftalmologistas, sendo dois de 30 horas e um de 15 horas semanais. Os ortopedistas somam dois vínculos na mesma unidade, um de 30 e um de 20 horas semanais. Todos esses especialistas são estatutários.

A policlínica de Camaquã é a maior unidade municipal e atende cerca de 60% da população local, além de moradores de outros municípios – que não possuem especialistas – que fazem o cartão SUS em Camaquã. Por se tratar de um município carente, a gestora da unidade estima que quase 90% da população utiliza o SUS.

Hoje a estrutura do local abriga seis consultórios médicos e dois consultórios odontológicos, prevendo ampliação para mais dois consultórios e uma sala de procedimentos até 15 dias após a nossa visita. Esse estabelecimento funciona em horário diferenciado das demais: de 07 às 19 horas.

A unidade conta com os seguintes profissionais médicos: um ginecologista, um urologista, dois nefrologistas e dois traumato-ortopedistas. No mesmo local onde está situada, funciona também uma Unidade Básica de Saúde, onde atendem 10 clínicos, um pediatra (existem dois no município) e dois obstetras, que são os únicos de Camaquã e dão conta de toda a demanda do município, excetuando a população de alguns estabelecimentos que têm ESF e contam com médicos do PROVAB e Mais Médico, onde estes profissionais também fazem atendimento obstétrico.

Para o atendimento especializado o paciente deve ter o encaminhamento do clínico geral, que será levado à secretaria de saúde para agendamento. Casos mais urgentes são conversados diretamente com o especialista, naquela unidade. A vigilância epidemiológica encontra-se, também, no mesmo ambiente.

Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho

Para entender a atenção especializada e os arranjos de trabalho desempenhados por médicos especialistas na região, foram entrevistados, além dos gestores, dos profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, regional Rio Grande do Sul (SBOT-RS), o presidente do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SINDIMED-RS), o representante do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS), e o representante da Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul (SORIGS).

Assim como observado nos demais campos realizados anteriormente, a principal forma de arranjo identificada entre os médicos e o setor público, foi a contratação terceirizada, principalmente por meio de pessoa jurídica que contrata esses médicos, ou ainda via pagamento de RPA, para prestação de serviço aos hospitais e ambulatórios da região. Coexistem ainda com essa forma de contratação, o vínculo estatutário e os contratos emergenciais temporários diretos, mas que segundo o representante do Sindicato dos Médicos entrevistado, são arranjos profissionais cada vez mais escassos, tanto no interior do estado, quanto na capital, que contribuem para a precarização da saúde, do SUS, e ainda aumenta os gastos públicos em saúde.

> A rigor, pela Constituição Federal, não poderia haver a terceirização de serviço fim em saúde, mas fazem concursos com salários muito baixos, não preenchem as vagas, e então contratam terceirizando, alegando que as vagas não foram preenchidas via concurso público.

Este entrevistado atribui a escassez de médicos na rede pública à falta de política de saúde no SUS como um todo, e de organização na atenção básica, com baixos valores, ainda de remuneração. O regime de cumprimento de carga horária em vez de metas por produtividade também é considerado como um fator de repulsão de médicos no setor público de saúde, em especial na APS. “O salário é baixo e o pessoal não quer trabalhar

no serviço público; antigamente era baixo, mas não precisava cumprir hora, era produtividade."

> De um tempo pra cá, 'o médico é vagabundo, não quer trabalhar, não quer cumprir carga horária, tem que cumprir carga horária'. Bom, por esse salário não vai ficar, então não consegue médico. O Ministério Público baixou uma norma para controlar a carga horária de médicos e dentistas, e então tá havendo exoneração em massa.

Além da precarização das relações de trabalho médico e do sistema de saúde como um todo, o entrevistado representante do Sindicato revela que os médicos contratados por essas firmas terceirizadas são, em sua maioria, recém formados, sem residência, e sem experiência no atendimento de urgências, emergências ou consultas de alta complexidade, o que acaba por sobrecarregar os outros profissionais que trabalham com eles, ou mesmo outros serviços de saúde. Segundo ele, os profissionais que permanecem na rede são aqueles cuja aposentadoria está próxima.

> Ali no posto que eu trabalho, à noite, que eu faço plantão á noite, os clínicos, que é um clínico servidor e mais dois da *Competência*, empesa que eu nem sei se paga direitos trabalhistas, mas sei que paga [...] um valor maior de plantão; só que pra ser médico da rede pública em Porto Alegre tem que ser especialista senão não entra, não tem concurso pra clínico geral. Aí o pessoal recém-formado, substitui os estatutários, que ficam estudando pra residência, fazendo 'bico' pra sobreviver. [...] não atendem aquelas (consultas) mais complexas porque não têm capacitação.

Ele afirma, ainda, que existem cooperativas na região, mas que essas seriam apenas "faixadas", colocando médicos como associados, mas apenas com 1% das cotas, para burlar o pagamento de direitos trabalhistas e previdenciários.

Como estratégia para solução de escassez de médicos no serviço público, o entrevistado, presidente do Sindicato, sugere a readequação salarial e da carga horária, com um plano de carreira federal para aqueles médicos fixados no interior do estado.

> O Programa Mais Médicos provou foi isso, só o município não resolve – se não tiver intervenção do estado, não resolve – botaram médico, mas federal, ainda que com vínculo precarizado. Como levaram juiz pro interior? Com carreira!

O Sindicato conta hoje com 16 mil médicos sindicalizados, num total de 30 mil profissionais no estado.

Os representantes do CREMERS e da Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul corroboram com a afirmação de que não há escassez de médico absoluta, mas sim uma distribuição heterogênea desse profissional, principalmente no SUS. Este cenário explica-se pelas baixas remunerações e relações precarizadas de trabalho. “Quem paga tem, né? O capitalismo é assim”.

O presidente da SBOT-RS, instituição que conta atualmente com 700 especialistas associados em um universo de 1200 no estado, reforça a afirmativa de que não existe escassez, “não é o número de médicos, é a falta de investimento no setor público”. De acordo com a Sociedade, o estado conta com um total de 15 residências em ortopedia, e dois polos de formação em subespecialidades, Porto Alegre e Passo Fundo. Daqueles médicos que saem para concluir a formação em ortopedia fora do estado, cerca de 50% retornam aos seus municípios de origem, segundo os dados da SBOT-RS.

> O principal problema é a falta de investimento do poder público federal, estadual, e municipal na carreira de médico do estado, [...] a SBOT-RS tem projeto para aprovação de um plano de carreira do estado, como já existe no judiciário. Só que existe uma resistência política muito forte, porque isso gera custo e desgaste político também. [...] Os políticos do país não querem o médico fixado numa cidade porque eles se tornam uma referência, politicamente um conflito com o poder público.

Sobre a contratação precarizada de médicos via empresas prestadoras de serviços aos hospitais, ele exemplifica:

> Temos um problema neste momento: o Hospital da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre fez um convênio com a prefeitura, em 2009 contratou uma equipe PJ. Deixou de pagar a equipe há cerca de um ano, tá devendo em torno de 400 mil reais para a equipe, e o que foi feito: dispensaram a equipe. E já contrataram outra que por inexperiência, vai cair na mesma vala. Inclusive isso é alvo de ação junto ao CRM, e o Ministério Público será acionado. Não é novidade, isso já aconteceu outras vezes, não é uma prática incomum.

Quando perguntado, por fim, sobre mutirões ou sobre a possibilidade do médico da APS realizar atividades que ampliem seu escopo, a fim de reduzir filas de espera para os serviços de ortopedia, ele foi categórico: “Nós somos contra *band-aid* para tratar cortes profundos. Mutirões não resolvem nada, é propaganda política. Falta investimento público na atenção básica, e quando investem, investem mal.”

Ortopedistas

Entre os ortopedistas entrevistados um atuava em Clínica privada, dois em policlínica municipal e um em Unidade Básica de Saúde que atende diversas especialidades médicas, possuindo estrutura ampla, semelhante a uma policlínica. Todos os entrevistados eram do sexo masculino e na faixa etária de 44 a 74 anos de idade. Todos eram naturais do Rio Grande do Sul, sendo dois de Pelotas, um de Augusto Pestanas e um de São Luiz Gonzaga. Apenas um não residia no município em que foi realizada a entrevista, sendo que atuava em Guaíba e morava em Porto Alegre. O ano de graduação em medicina variou entre 1968 e 1996. Com relação ao local de graduação, os quatro entrevistados também realizaram no mesmo estado, sendo dois em Pelotas, um em Porto Alegre e um em Santa Maria. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 16 e 46 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade, em medicina estética. Apenas um entrevistado possuía experiência como clínico geral, na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 19).

Tabela 19 – Perfil dos ortopedistas entrevistados – Região Costa Doce, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista /UF	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Guaíba
Cenário da entrevista	Consultório isolado - Privado	Policlínica - Pública	Policlínica - Pública	Policlínica - Pública
Vínculo de trabalho	-	Estatutário	Autônomo, PJ	Estatutário
Naturalidade/UF	Pelotas/RS	Augusto Pestana/RS	Pelotas/RS	São Luiz Gonzaga/RS
Município de residência	Porto Alegre/RS	Guaíba/RS	Camaquã/RS	Guaíba/RS
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	74	59	44	46
Ano de conclusão da graduação	1968	1982	1996	1994
Município/UF de graduação	Pelotas/RS	Porto Alegre/RS	Pelotas/RS	Santa Maria/RS
Tempo de atuação na especialidade	46 anos	30 anos	16 anos	16 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Sim, medicina estética.	Não
Tempo de atuação na APS	-	-	-	3 anos

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

De acordo com os ortopedistas entrevistados em Guaíba, os pacientes por eles atendidos provêm do próprio município. Um relatou, ainda, que os moradores de municípios de toda região de Costa Doce, próximos à Guaíba, também são atendidos por ele. O profissional entrevistado em Camaquã recebe pacientes exclusivamente deste município.

Os casos clínicos mais frequentes na prática clínica dos ortopedistas foram os processos degenerativos, como a artrose, e as lombalgias, ambos citados por três especialistas. Outros processos inflamatórios foram mencionados por um entrevistado, como as tenossinovites.

Com relação aos procedimentos que realizam com maior frequência, apenas um citou a infiltração medicamentosa (Ortopedista 1), enquanto três realizam somente consulta eletiva, não desempenhando nenhum procedimento naquele ambiente de trabalho.

Nenhum dos entrevistados participa ou já participou de mutirões de ortopedia. O Ortopedista 1 afirma que existem esses mutirões, em Porto Alegre, para realização de cirurgia ortopédica. Já o ortopedista 3, entrevistado em Camaquã, aponta a necessidade já identificada pelo município, por este tipo de serviço:

> Estão tentando implantar, até porque tem um volume grande "represado". [...] Que eu saiba, só da ortopedia, tem umas 300 a 400 cirurgias "represadas" na região. E Camaquã é o polo sede da região, que tem 15 municípios. (Ortopedista 3)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, três ortopedistas afirmam que os pacientes são referenciados através do município de origem (Ortopedista 2, 3 e 4). O Ortopedista 2 afirma que ainda existe uma parcela da demanda proveniente do pronto atendimento:

> *[Sobre o hospital regional]* Lá não tem nem consulta de ortopedia. Lá misturam tudo, as consultas ortopédicas com a demanda da urgência. O cara vai lá com uma lombalgia, uma ciatalgia, não tem ficha eletiva. Aí cai no clínico, que faz o primeiro atendimento, e depois remete à rede de especialistas. (Ortopedista 2)

O Ortopedista 1, que atua em clínica privada, afirma que existe um homem que leva pacientes do interior para serem consultados com ele, através de desembolso direto. No

entanto, o acesso à cirurgia é restrito, pois não consegue autorização para operá-los pelo SUS:

> Tem sempre os abnegados por aí, né?! Aqui tem o senhor x, que traz o pessoal não sei de onde, do interior. Depois que ele descobriu aqui, ele traz aqui. Ele é uma espécie de "assistente social". [*E traz sempre pra essa clínica?*] Ele trouxe o primeiro pra mim, agora traz sempre pra mim. [*E são pacientes que consultam "particular"?*] É geralmente particular. Aqui no Brasil tem um problema, né?! O SUS não faz e não deixa fazer. Eu tentei uma vez [...] "Eu quero fazer cirurgia pelo SUS, só a cirurgia. Não quero ganhar nada, os pacientes são meus desconhecidos, estão ficando aleijados, só quero arrumar isso de uma vez". "Não pode!". (Ortopedista 1)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são, em geral, encaminhados para Porto Alegre (Ortopedista 2, 3 e 4) ou Rio Grande (Ortopedista 3), quando não disponíveis no município onde foram entrevistados. O município de Camaquã, no entanto, oferece atendimento de média complexidade no hospital. Um ortopedista de Guaíba explica como é o fluxo de atendimento:

> Tem um sistema organizado na secretaria aqui que, feito o diagnóstico pelo especialista – paciente vem com fratura, com tala, coisa que necessita um procedimento ambulatorial – a gente diagnostica e referencia pelo CID da patologia, e remete ao controle de consultas médicas interno. Esse controle tem um fluxo de pacientes dentro do sistema. [...] Eu não sei te falar pra onde vai. O que a gente ouve falar é que vai pra um *postão* da Vila Cruzeiro, em Porto Alegre. (Ortopedista 2)

O ortopedista que atua em clínica privada de Guaíba afirma que realiza todo o acompanhamento no próprio local de entrevista, independente se pré ou pós-operatório. Já o entrevistado de Camaquã alega que o paciente perde o vínculo com o município de origem, realizando o acompanhamento no centro de referência para o qual foi encaminhado. Os outros entrevistados, de Guaíba, contam que o acompanhamento é feito em seu próprio município:

> Eles fazem a fase aguda e voltam pra cá, pra fase de fisioterapia, de reabilitação. Nós temos essa estrutura. [...] Todos os pacientes acompanhados de Guaíba são soberanos e voluntários, eles vem aqui e marcam. Ele pode chegar lá no posto dele, se tiver algum vínculo com o ortopedista, e falar "Olha, eu quero marcar uma consulta com o Dr. X". Não precisa necessariamente retornar com o clínico. [*É só você que faz isso ou é o sistema, como um todo?*] Eu faço isso pra evitar do cara passar por outra instância. O sistema já é saturado. Aí a pessoa tá

> necessitada e ainda tem que passar por outra consulta, que é absolutamente burocrática? (Ortopedista 2)

Quanto à delegação de tarefas técnicas para outros profissionais (não-médicos), o único ortopedista que realiza procedimentos no local de entrevista afirma que não delega nenhuma atividade para outro profissional.

Ao serem questionados se existem casos clínicos que podem ser tratados tanto por ortopedistas quanto por outros especialistas, as especialidades mais citadas com sobreposição de escopo de prática foram a neurologia – sendo citados tratamentos de coluna (Ortopedista 1) e sequelas de paralisia cerebral (Ortopedista 4) – e a clínica médica:

> O ortopedista, se ele fizer só ortopedia, aos pouquinhos ele vai deixando de ser médico. Então eu acho que tem sempre que ter um clínico, pra gente trocar ideia, fazer perguntas, pra dar uma arrumada no paciente. Eu sempre faço avaliação clínica antes da cirurgia. (Ortopedista 1)

O ortopedista 3 completa, afirmando que a grande demanda para sua especialidade se dá, hoje, devido à falta de manejo dos clínicos com doenças crônicas:

> Casos degenerativos: precisam de acompanhamento clínico, são crônicos, tem épra fazer analgesia. Pra controle de sintoma. Não tem alguma coisa que, o fato de passar no especialista vá mudar a conduta. [*Quando é uma conduta mais conservadora, né?!*] Teria essa possibilidade, embora os clínicos não o façam, de fato. E é uma das coisas que gera essa demanda. [*E por que você acha que eles não fazem?*] Porque tem o especialista. Ele acaba tirando essa responsabilidade dele e transferindo *pro* especialista. Querem passar o "pepino" adiante! (Ortopedista 3)

Em seguida foi disponibilizada uma lista de procedimentos onde os especialistas deveriam indicar se os mesmos poderiam ser realizados por médicos que atuam em Unidades Básicas de saúde (UBS). Os quatro entrevistados consideram que médicos da APS podem 'solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)':

> Não tem raio-X pelo SUS, em Guaíba. Tem que referenciar para Porto Alegre. A maioria dos pacientes consegue [...] faz particular. Então, geralmente, se vier encaminhado com o exame de imagem, melhor. (Ortopedista 4)

Os procedimentos ‘diagnosticar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ e ‘tratar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ também foram citados por todos os entrevistados, sendo que o Ortopedista 3 acrescenta: “Esses não deveriam nem chegar ao ortopedista sem antes ser tratado pelo clínico”. O ortopedista 1 acredita que o médico vai tratar o que ele se sentir seguro em tratar, encaminhando quando necessário: “É questão de vivência”.

Três especialistas assinalaram ‘realizar acompanhamento pré-cirúrgico’, ‘realizar acompanhamento pós-cirúrgico’, ‘realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista’ e ‘prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares’, sendo que um limitou este último apenas aos medicamentos intramusculares.

Dois afirmaram que os médicos que atuam na UBS poderiam ‘interpretar exames de imagem’ e ‘realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, gaveta posterior, etc.)’: “Faz parte do exame clínico” (Ortopedista 4). Os procedimentos ‘emitir relatório acerca de exames de imagem’ e ‘realizar manobras de mobilização articular’ foram citados por um especialista.

‘Realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.), ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações’, ‘prescrever órteses’ e ‘prescrever próteses’ não foram assinalados por nenhum dos ortopedistas.

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

> Eles não têm estrutura e já estão sobrecarregados com coisas clínicas. Pra um cara da atenção básica eu acho que é pedir demais. Não estou nem sendo corporativista por isso, mas atendimento especializado é pra gente treinada![Sobre a imobilização de fraturas] Isso requer controle circulatório, controle anatômico, exige um monte de coisa que o cara acha que sabe fazer. Acha que é só colocar um gesso e enrolar uma atadura. Aí chega aqui isquêmico, quase garroteado. Então o máximo que eles podem fazer, e fazem nas vilas, num “S.O.S.”, usar “coisas” imobilizadoras. Até tala de papelão chega aqui. Não tem problema, tem que ser feito. Agora delegar pra isso, não! Se eles fizerem o sintomático e souberem encaminhar já tá bom. (Ortopedista 2)

O ortopedista 1 concorda com o citado: “Tem fraturas que são complicadas e, se não forem tratadas direito e rápido, dão sequelas sérias. Principalmente se forem fraturas articulares”.

Os entrevistados foram questionados sobre a realização de determinados procedimentos pelos fisioterapeutas, a exemplo do que já ocorre em outros países, principalmente em áreas de escassez de médicos. Observou-se maior resistência dos entrevistados, quando comparados aos procedimentos “autorizados” para os médicos da APS.

Nenhum procedimento foi autorizado por todos os ortopedistas entrevistados. Três afirmaram que os fisioterapeutas poderiam ‘realizar testes ortopédicos’, ‘solicitar exames de imagem’, ‘realizar encaminhamento do paciente a outros especialistas’ e ‘realizar acompanhamento pós-cirúrgico’, sendo que o ortopedista 3 reforça: “Junto com o médico”.

Os procedimentos ‘realizar manejo de fratura’, ‘solicitar exames laboratoriais’, ‘solicitar exame de eletromiografia’ e ‘prescrever órteses’ foram citados por apenas um especialista:

> [Sobre realizar manejo de fraturas] Acho que isso requer um curso específico. Acho que o fisioterapeuta não tem esse curso. Ela sabe recuperar [...] mediante prévia orientação do médico assistente, do que pode e o que não pode ser feito. [...] O que falta, na maior parte das vezes é comunicação entre o profissional e o fisioterapeuta. [O fisioterapeuta deve perguntar] “O que o senhor quer que faça?” Pelos menos as técnicas. [...] Então ele tem que seguir as orientações que o médico assistente liberar: cinesioterapia, crioterapia [...] O fisioterapeuta entra a medida que o tratamento ambulatorial cessou [...] Tirou a tala, tá consolidado, tá apto pra reabilitação motora: ao fisioterapeuta! (Ortopedista 2)

Sobre a interpretação de exames de imagem por fisioterapeutas, o ortopedista 3 afirma que poderia interpretar, apenas se estiver com laudo do radiologista. Outro diz depender do conhecimento do profissional:

> Uma vez eu recebi uma criança no sábado à noite. Veio na urgência do interior de não sei onde, com fratura nos dois cotovelos, tinha que operar. O cara [fisioterapeuta] olhou o raio-X e falou que não tinha nada ali: “Isso aqui é cartilagem de crescimento, não é fratura”. Por isso que eu digo: depende da vivência. (Ortopedista 1)

O mesmo ortopedista ressalta: “Eu não tenho problema nenhum com profissional não-médico, desde que ele faça as coisas com moderação e não exagere”.

Os procedimentos ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações sob assistência’ e ‘prescrever medicamentos para manutenção do tratamento’ não foram assinalados por quaisquer especialistas. Os principais motivos apontados para a não realização dos procedimentos e atividades listados pelos fisioterapeutas incluíram a falta de conhecimento técnico, devido à formação, e a legislação.

A realização de procedimentos por técnicos com formação em imobilização ortopédica foi autorizada condicionada à supervisão médica, devido aos mesmos motivos anteriormente citados: “O médico não precisa estar presente, mas tem que ser sob orientação médica” (Ortopedista 3).

Oftalmologistas

Foram entrevistados durante o campo de Costa Doce quatro oftalmologistas, três em Guaíba e um em Camaquã. Três foram entrevistados em seus consultórios privados e um no pronto atendimento público.

Tabela 20 – Perfil dos oftalmologistas entrevistados – Região de Costa Doce, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista /UF	Guaíba, RS	Guaíba, RS	Guaíba, RS	Camaquã, RS
Cenário da entrevista	Pronto Atendimento - Público	Consultório Isolado - Privado	Consultório Isolado - Privado	Consultório Isolado - Privado
Vínculo de trab.	Celetista	Proprietária	-	Proprietária
Município de residência	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Guaíba	Camaquã, RS
Naturalidade/UF	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Três passo, RS	Passo fundo, RS
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	57	64	68	61
Ano de graduação	1984	1976	1974	1978
Município/UF graduação	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Passo fundo, RS, RS
Tempo de atuação na especialidade	36 anos	Mais de 30 anos	40 anos	35 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	-	-	-	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Quanto às características demográficas, dois eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, e na faixa etária de 57 a 68 anos. Dos três médicos entrevistados em Guaíba, dois residiam em Porto Alegre. Nenhum dos entrevistados é natural do município em que foi realizada a entrevista, embora todos sejam nascidos no estado do Rio Grande do Sul. O ano de graduação em medicina variou entre 1974 e 1984. Apenas um dos entrevistados não graduou no mesmo município de nascimento. O tempo de atuação na especialidade variou de 30 a 40 anos. Nenhum dos entrevistados teve experiência de trabalho na APS. (Tabela 20).

Os quatro oftalmologistas, relataram que atendem nos estabelecimentos pesquisados principalmente casos de refração, conjuntivites, blefarite e catarata. Uma das entrevistadas destacou ainda que atende muitos acidentados, principalmente de pessoas de fora do município (oftalmologista 4).

> O mais comum... situações assim por ordem, a maior parte dos pacientes vem para buscar melhorar a visão, pra fazer óculos. Essa é a grande maioria dos pacientes que vem buscar consultas, mas entre as doenças que procuram também tem conjuntivite, infecções mais profundas como uveíte, hordéolo, que é o terçol, é bem comum também e corpo estranho. (Oftalmologista 2)

Com relação aos principais procedimentos realizados, os entrevistados indicaram realizar principalmente exames básicos de uma consulta oftalmológica, que incluem a triagem de acuidade visual, fundo de olho, motilidade ocular, cuidados de refração e pequenos procedimentos, que incluem a retirada de corpo estrado da córnea, tarso e conjuntiva.

Nenhum dos entrevistados realiza procedimentos de alta complexidade nas unidades visitadas, estes são encaminhados principalmente para a capital do estado, Porto Alegre, que incluem principalmente demandas de cirurgia de catarata e problemas de retina. Dois profissionais que atuam em consultório privado destacaram que encaminham muitos casos de pacientes conveniados para colegas conhecidos que atuam em Porto Alegre e que isto inclusive facilita o acompanhamento do caso e a contra referência do paciente.

> Geralmente não são pacientes do sus que me procura, eu encaminho para colegas que trabalham comigo, no banco de olhos e outros hospitais (Oftalmologista 4)

> Se o paciente tem convênio eu mando pro colega que atende aquele convênio, se é particular também pra colegas (...) Como a gente manda pra colegas conhecidos a grande maioria dos colegas nos dão o retorno, hoje com os meios de comunicação está fácil, com *o whatsapp*, eu tenho colegas por exemplo que me retornam através do próprio *whatsapp*, O seu paciente fulano de tal veio aqui, a situação é tal, tal e tal e antes do paciente chegar aqui de volta eu já sei que ele foi no colega, que o colega avaliou, me trás, me dá o retorno direto pra mim. E tem alguns que fazem carta, mandam relatório. [...] A gente fica acompanhando junto muitas vezes. Quando é cirúrgico não, o paciente vai, ele é operado e o colega faz todo o procedimento. Às vezes ele me retorna pra fazer os óculos. (Oftalmologista 2)

Já os pacientes do SUS são encaminhados via a central de regulação. Alguns entrevistados relataram que devido a demora muitos procuram atendimento privado em Porto Alegre.

> Encaminho para serviços de Porto Alegre. Aí o paciente fica alguns meses ou anos esperando uma cirurgia de catarata. Eu preencho uma ficha de referência-contra referência e o SUS que decide pra onde ele vai. Alguns voltam porque querem. Eu tenho um bom vínculo com eles. Alguns vão me procurar lá em Porto Alegre, não conseguem consulta aqui, vão pra lá. Pelo privado, lá em Porto Alegre. (Oftalmologista 1)

> [...] e se o paciente não tem recursos eu oriento que ele vá procurar o SUS. Tira a consulta no Regional e encaminha através do SUS. É um processo bem complicado, bem demorado, mas que também existe. (Oftalmologista 2)

Todos entrevistados relataram que recebem pacientes de vários municípios da região.

> Eu recebo pacientes de toda esta região. Vem pacientes de Tapes, Camaquã, de Sertão Santana, e alguns pacientes vêm de bem mais longe. As vezes de Porto Alegre ou de outras cidades mais distantes porque já consultaram comigo, mudaram, ou que tem alguma indicação (Oftalmologista 2).

Com relação à delegação de tarefas clínicas para outro profissional, apenas um relatou que trabalha com uma secretária que ajuda a pingar colírio quando necessário.

> A secretária ajuda a pingar o colírio, quando precisa. Ela é trenada, está comigo há muitos anos. Antigamente eu fazia adaptação de lentes de contato, agora não faço mais, precisa de tempo. Então ela me ajudava, ela fazia o treinamento com o paciente. Tirar um corpo estranho as vezes ela me ajuda segurando a pálpebra. Ela me ajuda

> neste sentido, mas os procedimentos ela não faz, eu que faço (Oftalmologista 2)

Um dos entrevistados indicou que atualmente não existe demanda para justificar a contratação de um técnico especializado em oftalmologia em seu consultório, no entanto, ressalta que já houve no passado, principalmente para realizar procedimentos voltados ao glaucoma, mas que para encontrar este profissional capacitado é muito difícil (Oftalmologista 3)

Os entrevistados demonstraram certo desconhecimento sobre as formas de atendimento de populações de áreas remotas que não contam com oftalmologistas, indicando que geralmente é o próprio paciente que se descola em busca de atendimento.

> Pra te ser franco eu não tenho a menor ideia. Mas eu sei que as pessoas ficam acampadas aqui fora pra conseguir ficha. E esses dias agora vocês estão um *friozinho light*, fez zero graus e teve previsão de dias negativos aqui. Imagina, três horas da manhã, sentado aqui. E eles não tem esses casacos que agente usa, entendeu? (Oftalmologista 1)

> Olha, tem muitos municípios pequenos que não têm oftamo, não tem uma população suficiente para ter um médico que fique lá (...). Existem alguns locais, alguns municípios onde tem médicos itinerantes, digamos assim, que vão de 15 em 15 dias, que levam aquele equipamento que pode ser transportado, não é o ideal não, porque o equipamento pra ti poder deslocar é só o equipamento bem básico. Mas eles podem encaminhar quando eles veem que a situação é mais complexa, encaminhar pro próprio consultório ou para centros maiores. E normalmente os pacientes migram, eles vão em busca. No meu caso aqui, eu atendo pacientes que vêm da Barra, de Sertão, que vem de Tapes, que são municípios que não tem oftalmologista. Eles veem, porque não é tão longe assim. Eles acabam indo pra um centro maior onde tem médico. (Oftalmologista 2)

Sobre a participação em mutirões de oftalmologia os quatro relataram já ter participado de mutirões no passado, sendo que apenas dois participam ainda eventualmente de mutirões organizados pelo Instituto Lions de exames oftalmológicos realizados principalmente em escolas municipais e estaduais (Oftalmologista 2 e 3). O instituto paga a diária do profissional oftalmologista, sem contrato formal para a prestação do serviço, que segundo os profissionais é um valor baixo, porem garantido. Este trabalho é realizado em vários municípios da região. Os professores realizam nas escolas o teste de acuidade visual e encaminham aquelas crianças que apresentam dificuldades.

> O Lions tem um trabalho interessante que eles fazem nas escolas, tem um ônibus equipado, que tem um consultório oftalmológico. Eles fazem o exame oftalmológico, em geral pra crianças, mas eu tenho algumas situações que eu tenho atendido no ônibus do Lions, mas eles também dão os óculos. Eles dão a consulta e fornecem os óculos. Tiram lá na hora, eles têm armações padrão, tiram as medidas, mandam pro laboratório, depois o paciente retira o óculos na ótica. (Oftalmologista 2)

Os quatro relataram que os mutirões de cirurgia, a exemplo de catarata, não são mais realizados na região.

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos por médicos das UBS, os especialistas destacaram que a graduação geralmente não prepara os médicos para atenderem demandas oftalmológicas, além de não possuem aparelhagem adequada para tal.

> O médico generalista não entende muito de oftalmo. Eles têm um bloqueio, eles não têm a intenção e nem a audácia de intervir. Isto é desde o período que eu me formei, todos os colegas que faziam estagio na oftalmologia, não tinham muito aproveitamento. O médico generalista passa pela oftalmologia, sem perceber que é uma especialidade importante, mas a oftalmologia é uma especialidade que esta muito na frente das demais, em função da pesquisa das patologias oculares serem facilitadas, pois é um órgão totalmente aberto. ele pode ser visualizado com facilidade. É um mundo a parte que o clinico geral não quer avançar, não quer entender. (Oftalmologista 3)

De maneira geral, os entrevistados afirmam que o médico da atenção primária está apto apenas para realizar testes de acuidade visual (Oftalmologistas 1,2,3 e 4).

> Eu acho que o clínico poderia fazer o exame da acuidade visual, medira visão, que não é tão difícil. Fundo de olho, refração, tem que ser o oftalmologista mesmo (Oftalmologista 4).

Apenas um indicou que este estaria apto ainda a realizar tonometria e pré-operatório de cirurgia (Oftalmologista 2). Sobre diagnosticar infecções oculares comuns este mesmo indica que pode, mas com ressalvas:

> Pode, mas existem muitas coisas que ao olho nu parecem uma coisa e não é, né? Então eu já vi pacientes serem tratados por uma conjuntivite e não ser conjuntivite, ser um herpes, por exemplo. Estar usando corticoide quando não poderia usar. O paciente está com glaucoma e está sendo tratado como conjuntivite. Então é muito perigoso. Às vezes o paciente, eu já vi situação assim, está com corpo

> estranho de córnea sendo tratado como conjuntivite. Então o melhor é que ele mande para um oftalmologista. Ele não tem aparelhagem pra isso, não tem treino pra isso. Tem que ter um exame mais completo.

Já com relação a diagnosticar doenças sistêmicas, relata que acha muito difícil um clínico ter conhecimento para isto "porque teria que fazer o exame completo, refração, fundo de olho, e ele não tem treino pra isso. Ele poderia desconfiar pela história clínica e encaminhar para o oftalmologista" (Oftalmologista 2).

Já com relação aos optometristas, todos os quatro entrevistados se posicionaram contra este profissional, destacando que este profissional em outros países é totalmente diferente do optometrista brasileiro, que não tem formação suficiente e competência para realizar diagnósticos de doenças, se tornando um perigo para a saúde pública. As seguintes falas ilustram estes posicionamentos:

> Eu acho que a questão da optometria no Brasil é uma questão muito melindrosa. E estudei em países que tem optometrista a questão envolve uma questão cultural, uma questão econômica de interesse e tem várias interfaces. Eu diria que a resposta no nosso meio é de não, tá? O perfil que eu vejo dos optometristas na Austrália, nos Estados Unidos e na Espanha é completamente diferente daqui. Os optometristas trabalham dentro do hospital, tem uma formação cultural de não vender óculos, aqui os caras trabalham dentro de uma ótica para vender óculos. Então existe uma outra cultura, não tem como a gente comparar. É uma questão até de vexame social, se ele fizer isso ele (vender) ele vai ser submetido a um vexame social tão grande que ele não vai fazer outra vez. Aqui, passa batido, porque todo mundo tá fazendo. E isso não é uma questão que a gente consegue fazer em uma geração e envolve outros embargues. Embargue econômico, interesses de classe (Oftalmologista 1).

> Totalmente contrário. Eu já vi casos sérios que não foram diagnosticados porque passaram pelo optometrista. O optometrista não é médico. Quando passar numa ótica e tu ver uma placa Exame oftalmológico de graça é o optometrista fazendo. Aí os pacientes caem. Caem porque é de graça. A formação deles é uma formação técnica, o paciente vai lá, o paciente tem um glaucoma, e aí ele vai lá e faz o óculos, ele nunca vai saber que tem o glaucoma, porque ele foi num optometrista, não foi no médico. Aí o paciente tem uma retinopatia diabética, ou ele tá com miopia, ou ele vai lá e prescreve um óculos para miopia só que a miopia dele é falsa, ele tá com miopia porque a diabete dele tá em quase 400. Aí o cara receita um óculos de miopia e dois meses depois o paciente não enxerga mais com aquele óculos, porque a glicose baixou e ele não é mais míope. Entende? Isso não deveria existir, optometrista é uma coisa e o pior de tudo é que

> eles ainda cobram para examinar, para fazer exame. Totalmente errado. (Oftalmologista 2)
>
> O optometrista, ele pode ate receitar bem um óculos, mas foge do conhecimento dele o principio do glaucoma, foge dele o conhecimento de uma patologia mais grave. Ele não vai entender o fundo de olho. vai olhar o seu olho e não vai entender que aquela paralisia significa uma suspeita disto ou daquilo. Aquele diabético vai ficar cego pois não foi acompanhado, aquele exame cardiológico que poderia ser solicitado pelo oftalmologista, o optometrista não conseguiria, então esta dificuldade torna o optometrista um profissional perigoso para a saúde pública. O optometrista vai ser enviado para aquela população que tem menos recursos, que tem menos condições para enfrentar uma cegaria, vai eternizar a pobreza daquela comunidade, pois vai ter que ter sempre um ou dois familiares tomando conta do cego e vai garantir mais miséria para a próxima geração. Então cria-se um grupo de pacientes desassistidos, porque o governo quer economizar em cima da assistência médica, em cima da saúde da população. (...)ele faz uma refração tão boa quanto a minha, só que ele não vê a patologia, então ele vai criar um cego. (Oftalmologista 3).

O oftalmologista 4 acrescenta:*"Ah,agente não gosta né, pois a gente fez seis anos de medicina, mas dois a três anos de especialização. Eu acho que eles não tem condições de realizar nenhum procedimento oftalmológico".*

3. Considerações finais

A recepção dos pesquisadores em campo foi considerada boa. Não houve recursas de entrevistas e os profissionais se mostraram abertos a relatar a situação de saúde local.

A percepção dos pesquisadores é de que as unidades de saúde possuem uma infraestrutura limitada e precária, incluindo a organização e a disponibilidade de tecnologias, insumos e medicamentos. Os profissionais entrevistados, principalmente os médicos, reclamaram da falta de uma farmácia básica nas UBS, levando-os muitas vezes a recorrerem a medicamentos disponibilizados por representantes de laboratórios – amostra grátis.

Quanto à disponibilidade de encaminhamento à atenção secundária e terciária, as respostas variaram entre os entrevistados. A maioria dos médicos e o único dentista entrevistado consideram o sistema de encaminhamento ruim ou muito ruim. Já para as enfermeiras as respostas variam de bom, nem bom e nem ruim e muito ruim, sendo que a justificativa daquela que considerou "bom" não condizia com sua resposta. Os motivos relatados foram, principalmente, a alta demanda, o tempo de espera elevado e a falta de triagem, fazendo com que a fila para as especialidades se forme por ordem de encaminhamento, não de prioridade. Entre as especialidades com maior dificuldade foram citadas: endocrinologia, ortopedia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia e reumatologia.

Com relação ao escopo de prática, assim como nos demais campos, observou-se que os profissionais sabem executar mais procedimentos do que aqueles habitualmente realizados na prática, sendo o principal motivo a falta de materiais e infraestrutura.

Com relação à percepção das médicas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde foram relacionados à pequenas cirurgias, sendo que três citaram drenagem de abscesso e dois afirmaram que estariam dispostos a realizar sutura e um afirmou, ainda, desejar retirar lipomas. Outros procedimentos citados foram: tratamentos de feridas, espirometria, pesquisa de sangue oculto nas fezes, testes rápidos, pré-natal de baixo risco, puericultura e lavagem otológica.

Em se tratando de enfermeiros a falta de protocolos municipais limita ainda mais a prática, uma vez que não são autorizados a realizar nem mesmo as tarefas já respaldadas pelo conselho de classe e pelos protocolos do Ministério da Saúde. Caso fossem elaborados e autorizados pelo município, a prescrição de medicamentos foi a atividade destacada pela maior parte dos enfermeiros como passível de ser realizada por eles, na UBS.

Sobre a expansão das atividades de dentistas, ele afirmou que realizaria apenas a ortodontia preventiva na atenção primária. As demais atividades devem ser encaminhadas aos especialistas.

Os gestores se mostraram a favor da expansão das atividades clínicas dos profissionais e citaram como vantagens dessa ação, principalmente, o aumento da resolutividade da atenção primária, a redução de encaminhamentos desnecessários e a redução de custo. Eles afirmaram que os médicos poderiam realizar alguns tratamentos mais simples, como casos de hipertensão controlada, angina estável, conjuntivite e triagem de acuidade visual. Os motivos citados para a não realização dessas atividades foram: falta de segurança/capacidade do médico, cultura do profissional e da população, falta de protocolos, de conhecimento geral e de equipamentos, limitações gerais do sistema, como restrição na solicitação de exames laboratoriais e falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde. Houve uma crítica constante ao sistema de saúde e ao repasse de verba do estado para os municípios, que piora a situação de saúde local.

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

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

O quantitativo de profissionais especialistas demonstra ser insuficiente e a distribuição, assim como nos demais campos, também é heterogênea no estado, concentrando principalmente na capital e em outras cidades polo. A maior parte dos pacientes que necessita de atendimento especializado, portanto, deve se deslocar até o profissional. Os encaminhamentos são feitos, geralmente, via SISREG ou direto para pronto

atendimentos da capital, pois há sempre grande demanda, elevando o tempo de espera. Existem mutirões de cirurgia ortopédica em Porto Alegre e de oftalmologia, no interior do estado, para desafogar as filas de espera.

Assim como observado nos outros campos, há predominância de vínculos médicos terceirizados, principalmente por pessoa jurídica, devido à baixa remuneração proporcionada pelos vínculos que exigem benefícios trabalhistas, como estatutários e celetistas. Esta contribui para a precarização da saúde, do SUS, e aumentando os gastos públicos em saúde. Outros tipos de vínculo ainda existem, mas de forma menos representativa, em todo o estado.

De maneira geral, os especialistas são profissionais que possuem mais de 45 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 significativamente maior.