Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Apresentação

Coordenação

Celia Regina Pierantoni

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Sabado Nicolau Girardi

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Nescon/UFMG

Março 2017

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Apresentação

Coordenação:

META I – Análise da formação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Coordenação: Celia Regina Pierantoni

META II – Análise das atribuições, competências e do escopo de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito da APS.

Coordenação: Sabado Nicolau Girardi

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Reitor: Ruy Garcia Marques
Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Diretor: Gulnar Azevedo e Silva
Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ
Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores
Carinne Magnago
Cid Manso de Mello Vianna
Márcia Silveira Ney
Mario Roberto Dal Poz
Roberto Parada
Rômulo Gonçalves de Miranda
Swheelen de Paula Vieira
Tânia França
Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa
Susana Dal Poz
Valéria Dias Mattos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Estação de Pesquisa IMS/UERJ - Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Equipe da pesquisa
Celia Regina Pierantoni
Carinne Magnago
Márcia Silveira Ney
Rômulo Gonçalves de Miranda
Swheelen de Paula Vieira
Victoria da Fraga Lemos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE
Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde - Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Equipe da pesquisa
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Siglas e abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETAC	Entrevista Telefônica Assistida por Computador
EUA	Estados Unidos da América
IMS	Instituto de Medicina Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MET	Ministério do Trabalho e Emprego
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NP	Nurse Practitioners
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Physician Assistants
RH	Recursos Humanos
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Apresentação	7
Introdução	8
Justificativa	13
Metas e atividades	18
Objetivos	17
Apêndices	23

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento do conjunto de atividades desenvolvidas no âmbito da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, realizada pela Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). As atividades foram divididas em duas Metas, desenvolvidas e coordenadas por cada uma das duas Estações de Pesquisa participantes. Dessa forma, a Meta I - Análise da formação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS, foi realizada pela Estação de Pesquisa do IMS, sob a coordenação da Celia Regina Pierantoni e a Meta II - Análise das atribuições, competências e do escopo de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito da APS, foi realizada pela Estação de Sinais de Mercado em Saúde, do Nescon/UFMG, sob a coordenação de Sabado Nicolau Girardi.

Esta pesquisa foi demandada pelo Ministério da Saúde (MS) e financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por meio da Carta Acordo BR/LOA/1400070.001.

Introdução

A regulação do trabalho e das profissões em saúde se coloca hoje no centro da agenda de recursos humanos (RH) no país. O grande desafio é o da criação de dispositivos que permitam articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais em um sistema de regulação mais flexível que permita combinar adequadamente as habilidades e competências multiprofissionais adequadas às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo dos últimos anos, o MS executou um amplo processo de discussão sobre o tema, envolvendo diversas oficinas e seminários, processo que culminou no Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde. Durante esse longo processo, além de um diagnóstico dos mais diversos aspectos do nosso modelo de regulação profissional, foram apresentadas e debatidas experiências de reformas internacionais de incontestável relevância, a exemplo das reformas dos sistemas de regulação profissional em diversas províncias do Canadá. Nesse país, ao longo dos últimos 30 anos, vem se assistindo a uma mudança no paradigma da regulação profissional: do antigo modelo de regulação profissional baseado na atribuição de direitos exclusivos de prática (atos privativos) a grupos profissionais, transita-se em direção a um modelo baseado em atos compartilhados sob uma legislação "guarda-chuva" que envolve o conjunto das profissões e atividades de saúde. Da mesma forma, foram discutidas diversas experiências em torno da revisão e expansão de escopos de prática clínicos de profissões não médicas em vários países, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA), e seu impacto na

melhoria do acesso com qualidade e segurança aos serviços de saúde e no alívio de situações de escassez/carência de serviços médicos[a].

Constatou-se a necessidade de promovermos mudanças em peças fundamentais no atual sistema de regulação das profissões de saúde no Brasil. Em especial, ficou evidente a necessidade de uma presença mais efetiva do Estado na coordenação das políticas para as profissões. Da mesma forma, constatada a pletora e diversidade das demandas de regulação profissional tramitando no governo e a necessidade de um tratamento mais adequado a elas, do ponto de vista técnico e político, evidenciou-se urgente a necessidade da iniciativa de uma abrangente revisão do escopo de práticas das ocupações e profissões de saúde.

O escopo de prática define, em termos amplos, o que a profissão faz, os métodos que ela utiliza e as razões e motivos do seu trabalho. A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão.

Numa definição proposta pela *Federation of State Medical Boards Of the United States*, o escopo de prática de uma profissão corresponde:

> ao amplo espectro de papéis, funções, responsabilidades, atividades e capacidade de tomada de decisão para as quais os indivíduos dentro da profissão são educados, competentes e autorizados a exercer, O escopo de pratica profissional é estabelecido por regulamentações (legislação) - padrões profissionais, tais como padrões de competência, códigos de ética, conduta e prática e demandas, expectativas e necessidades públicas. Ele pode ser, portanto, mais amplo que aquele de qualquer indivíduo membro da profissão[b].

Esta distinção entre o escopo de prática da profissão e de seus membros individuais é de extrema relevância para os processos de revisão de escopos de prática, uma vez que tem como implicação a

---

[a] *Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde,* realizado em Brasília/DF, no período de 13 a 15 de agosto de 2013, promovido pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

[b] Federation of State Medical Boards of the United States. Assessing Scope of Practice in Health Care Delivery: Critical Questions in Assuring Public Access and Safety. Texas, EUA: FSMB; 2005.

necessidade de que tais revisões extrapolem as atividades definidas formalmente nas legislações de exercício profissional, nas classificações ocupacionais e nos currículos educacionais, e leve em conta, entre outros, os contextos de prática, as políticas e determinações dos empregadores e dos serviços, os níveis de competência e a experiência dos profissionais e as necessidades e demandas concretas dos pacientes.

É importante distinguir o que os profissionais estão autorizados a fazer, do que estão preparados e do que realmente fazem, o que depende de um conjunto de atores e instituições que participam da definição do escopo de pratica: Leis de Exercício Profissional, autoridades regulatórias como os Conselhos Profissionais, as instituições do sistema educacional, governos, empregadores públicos e trabalhos (descrição das atividades dos postos de trabalho) e, no limite, os próprios usuários portadores de necessidades e demandas de saúde.

Esta pesquisa apoia-se nas reflexões realizadas no processo de discussão apresentado, bem como em experiências nacionais e internacionais[c]. Seu foco situa-se em torno da questão dos escopos ou campos de prática pertinentes ao cuidado, ao trabalho e aos serviços de saúde - dos legalmente autorizados aos informalmente praticados. Busca-se articular os processos formativos de núcleos de competências à operatividade das práticas e da organização efetiva dos serviços.

Enfatizam-se os determinantes das novas demandas como: avanços tecnológicos e informacionais que demandam trabalho inter e multidisciplinar, e transparência profissional, o desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que integram equipes multiprofissionais na

[c]Com desataque para as experiências seminais de reforma canadenses e seus processos de contínuos aperfeiçoamento; os trabalhos da Pew Health Professions Commission ainda nos 1990 nos EUA, e as experiências mais recentes dos EUA e Austrália em torno da revisão e expansão de escopos de prática.

comunidade e cuja configuração exige a partilha de escopos de prática e, em especial, os contextos de escassez de profissionais de saúde que podem ser aliviados por meio desses processos.

As demandas atuais e futuras de grupos profissionais para regulamentar as suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios como a eficiência, a equidade, a viabilidade e a responsabilidade, em nome do interesse público. Impõe-se, portanto, a necessidade de aperfeiçoar o sistema que assegura direitos exclusivos a uma prática e considerar a possibilidade de combinar a autorregulamentação das profissões e com o compartilhar direitos à prática. Ressalta-se que alguns países deram passos importantes, que poderiam ser pensados para a situação brasileira como: revisão da estrutura legal de regulamentação profissional; revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional; revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que agora lutam por reconhecimento.

Nesse contexto, analisar os aspectos regulatórios - tanto em função das atribuições, competências e escopos de práticas das profissões de saúde como da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde - torna-se estratégico e apropriado para o fortalecimento do modelo de atenção do SUS, pois articula gestão, regulação, trabalho e formação para o enfrentamento dos problemas de atuação dos trabalhadores de saúde, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais. Os conteúdos da educação profissional em saúde e o processo de formação de competências devem ser fortemente conectados ao planejamento da força de trabalho e a revisão dos escopos de prática das profissões e a formação das respectivas competências são necessárias para garantir o compromisso com a alta qualidade e resultados seguros dos serviços ofertados à população.

Nesse sentido, o objetivo geral desse projeto é propiciar subsídios para o fortalecimento do papel da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) na coordenação das políticas de regulação e provimento de profissionais de saúde, por meio de estudos que têm como foco a revisão dos escopos de prática em áreas estratégicas.

Trata-se de um projeto colaborativo coordenado pela Estação de Trabalho IMS/UERJ, e realizado em parceria com a EPSM/NESCON/UFMG, que compõem a Rede ObservaRH.

Justificativa

O processo de institucionalização do SUS já dura mais de vinte anos e uma das medidas de organização e implementação é o fortalecimento da Atenção Básica, via ESF, procurando atender à população de acordo com as realidades locais. O SUS provocou importantes modificações para a assistência em saúde, para os profissionais que atuam nesse sistema, além de um crescimento do mercado de trabalho em saúde.

A regulação e qualificação de RH ao lado de reformas nos modelos de prestação de serviços em saúde com ênfase na atenção básica têm sido apontadas como necessárias para proporcionar equidade e qualidade ao sistema de saúde.

No Brasil, existem 21 profissões e ocupações de saúde regulamentadas, sendo 14 delas de nível superior e sete de nível técnico, sendo estas últimas supervisionadas por profissões de nível superior. Além dessas, existem dezenas de ocupações que apenas são reconhecidas como tal nas classificações ocupacionais e outras, ainda, que demandam regulamentação e reconhecimento. Entre as profissões regulamentas em nível nacional, 14 detém autorregulação por intermédio de seus Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional (13 deles correspondentes a profissionais de nível superior, e apenas um deles, o Conselho Federal de Técnicos em Radiologia, correspondente a uma profissão de nível técnico). Os conselhos profissionais de enfermagem, odontologia, farmácia e nutrição, de acordo com a área de formação, supervisionam ocupações de nível médio: técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em análises clínicas, técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, e auxiliar de saúde bucal.

As experiências trazidas por alguns países em relação à regulação da formação e do exercício profissional em saúde apontam para a

necessidade de revisão das formas institucionais, da estrutura legal de regulamentação profissional, assim como de revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que lutam por reconhecimento.

Com relação aos escopos de prática, a maneira em que são estabelecidos e legalmente definidos - se como campos de atividades exclusivos a profissões específicas e de forma pouco flexível ou, ao invés, se com maior flexibilidade, menor exclusividade e maior compartilhamento, e sobreposição de atividades entre os profissionais - pode limitar ou, ao contrário, promover maior acessibilidade com menores custos dos serviços. Dito de outra forma, a regulação dos escopos de prática impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho em saúde e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços. Países como EUA, Canadá e Austrália – para citar alguns – vêm utilizando, de forma intensa e crescente, profissionais como os *Physician Assistants* (PA) e as enfermeiras com formação avançada – as assim chamadas *Nurse Practitioners* (NP), com escopos de atividade expandidos nas áreas de anestesia, atenção ao parto, cardiologia etc., bem como profissionais técnicos e auxiliares com função expandida nas áreas de saúde bucal e outras áreas da atenção primária à saúde (APS). O mesmo ocorre com relação a farmacêuticos, fisioterapeutas e profissionais da área de saúde mental, assumindo funções de prescrição terapêutica e diagnóstico determinados antes exclusivos dos médicos.

No caso brasileiro, um dos aspectos a ser considerado refere-se à adequação dos parâmetros de regulação adotados no país ao SUS. Necessário também refletir sobre os atores envolvidos no processo de regulação, considerando a existência de um processo em que comporta a participação dos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Saúde, da Educação (MEC) e da sociedade.

É impossível ter um sistema de saúde universal capaz de comportar todas as diferenças como as contempladas pelo SUS, se os campos de práticas são revisados exclusivamente pelos próprios profissionais de cada categoria, uma prática que engessa a capacidade de diálogo entre as profissões e fortalece a perspectiva corporativa presente no sistema de autorregulação.

Fundamental, também, é refletir sobre a questão das novas ocupações, sobre a mudança dos campos de prática das profissões existentes, considerando o fato de ser impossível mudar, incorporar novas atividades, pensando, exclusivamente, em si mesmo, ou legislando em função do outro, afirmando que uma categoria pode fazer determinada atribuição e outra não pode.

Outro aspecto relevante refere-se a trabalhar sob a ótica não de sistemas de mando, mas sim de delegação e de supervisão, mesmo que a distância. Concepções, defendidas por algumas corporações, contrárias à supervisão a distância ou à realizada por outra categoria profissional, que não a do profissional supervisionado, precisam ser substituídas pelo conceito de universalidade, que compreende não a homogeneidade, mas sim a diversidade delimitada por região, de acordo com as características locais da população assistida.

É preciso formar profissionais nos seus locais de origem, para, assim, promover a qualificação da atenção, bem como é necessário criar um sistema de regulação que tenha condições de melhorar a qualidade da saúde da população.

O momento impõe a construção de propostas que permitam a estruturação de um sistema regulatório flexível, capaz de garantir a integração dos profissionais de saúde e a qualificação daqueles que exercem a prática nos diferentes pontos do país, assim como capaz de promover o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que o processo de regulamentação profissional da saúde deve ser entendido como uma política pública, uma parte essencial das políticas de saúde. Com isso, as demandas atuais e futuras de grupos profissionais para regulamentar as suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios como a eficiência, a equidade, a viabilidade e a responsabilidade, em nome do interesse público.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde, tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática e reforçar as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de formação de pessoal e o processo de revisão e expansão de escopos de prática das profissões de saúde no Brasil.

Objetivos específicos

- Analisar a formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior para identificar as adequações às necessidades do SUS;
- Identificar as atribuições, competências e o escopo de práticas das diferentes profissões e ocupações de saúde no âmbito da APS, e as interfaces entre as diferentes profissões e ocupações de saúde.

Metas e atividades

Meta I - Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividades

- Revisar os mecanismos regulatórios de formação superior em saúde do Brasil;
- Analisar modelos de regulamentação profissional e requisitos de formação de profissionais de saúde de outros países;
- Identificar junto a diferentes atores mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS;
- Construir indicadores quantitativos e qualitativos para avaliação de mudanças na formação em saúde em função das necessidades da política de saúde nacional;
- Estabelecer comparabilidade dos mecanismos regulatórios no âmbito internacional.

Meta II - Identificar as atribuições, competências e o escopo de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de APS, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde.

Atividades

- Revisar as principais metodologias para revisão de escopos de prática de profissões de saúde utilizadas em experiências internacionais selecionadas;
- Realizar revisão das iniciativas de incorporação de novas profissões e ou profissões já existentes, com escopos de prática expandido, estratégicas para a atenção básica em saúde e que contribuam para o alívio de situações de escassez e para o enfrentamento de necessidades de saúde e atenção emergentes;
- Elaborar um quadro comparativo de escopos de prática e currículos das ocupações e profissões de saúde regulamentadas no Brasil, constantes da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), dos sistemas de classificação do MEC e das Leis de Exercício das Profissões, bem como dos grupos ocupacionais não regulamentados que demandam reconhecimento (a partir dos Projetos de Lei apresentados ao Congresso Nacional).
- Realizar pesquisa sobre escopos de práticas das profissões e trabalhadores que atuam na APS, buscando o diagnóstico de situação e a identificação de experiências inovadoras.

Aspectos metodológicos

Esta pesquisa constitui-se de estudo avaliativo, exploratório e descritivo de abrangência nacional, que conjugou métodos quantitativos e qualitativos.

Para a seleção das profissões alvo desse estudo, os seguintes critérios foram considerados: (1) profissões de nível superior com relevância na oferta de formação e demanda dos serviços de saúde, especialmente no nível primário, e (2) as de nível técnico que trabalham por delegação e sob supervisão dos profissionais de nível superior escolhidos.

Em cada uma das etapas do estudo, diferentes profissões foram objeto de estudo, e diferentes atores constituíram-se participantes, como gestores de saúde, gestores de ensino, profissionais de saúde e usuários.

As técnicas de coleta de dados empregadas foram: revisão sistemática da literatura, análise documental, *survey* por entrevista telefônica assistida por computador (ETAC), *survey* online, entrevistas em profundidade *in loco* e diálogos online.

Os dados foram coletados entre abril de 2015 e dezembro de 2016, e tratados por estatística descritiva, análise documental, análise bibliográfica e análise de conteúdo, considerando as particularidades de cada tipo de dado.

Em razão da densidade e multiplicidade de métodos utilizados, cada uma das etapas desta pesquisa, com suas respectivas atividades, sujeitos, técnicas de coleta e de análise de dados estão desenvolvidas detalhadamente em volumes próprios, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Lista sequencial de volumes do relatório final segundo metas e atividades de pesquisa.

Apresentação – Contextualização do projeto de pesquisa	
META I – Análise da formação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS	
Volume I	Resultados da Atividade I - Revisão dos mecanismos regulatórios de formação superior em saúde
Volume II	Resultados da Atividade II - Análise dos modelos de regulamentação profissional e requisitos de formação de profissionais de saúde de outros países
Volume III	Resultados da Etapa 1 da Atividade III - Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS: entrevistas em profundidade *in loco*
Volume IV	Resultados da Etapa 2 da Atividade III - Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS: entrevistas telefônicas assistidas por computador
Volume V	Resultados da Atividade IV - Construção de indicadores quantitativos e qualitativos para avaliação de mudanças na formação em saúde em função das necessidades da política de saúde nacional
Volume VI	Resultados da Atividade V - Estabelecimento de comparabilidade dos mecanismos regulatórios no âmbito internacional
META II – Análise das atribuições, competências e do escopo de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito da APS	
Volume VII	Resultados das Atividades I e II - Revisão de literatura sobre escopos de prática dos profissionais de saúde
Volume VIII	Resultados da Atividade III - Escopo de prática das profissões de saúde regulamentadas e não regulamentadas no Brasil
Volume IX	Resultados da Etapa 1 da Atividade IV - Entrevistas *in loco* com gestores, profissionais e usuários do SUS
Volume X	Resultados da Etapa 2 da Atividade IV - ETAC com gestores de Unidades Básicas de Saúde
Volume XI	Resultados da Etapa 3 da Atividade IV - Pesquisa online com profissionais de saúde da Atenção Básica
PRODUÇÕES CIENTÍFICAS	
Volume XII	- Nota técnica "Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013" - Artigo "Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados"

Aspectos éticos

Em atendimento à Resolução nº 466, de dezembro de 2012[d], que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 46779115.5.0000.5260. A execução da pesquisa foi aprovada em 29 de setembro de 2015, por meio do Parecer Consubstanciado nº 1.248.858.

Todos os participantes foram informados quanto ao objeto e objetivos do estudo e lhes foi assegurado o anonimato e confidencialidade de sua participação, a qual fora confirmada por assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A, B, C, D).

[d] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: gestores de ensino

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para participação em pesquisa

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde". Você foi escolhido por ser Coordenador do Curso de Graduação em Saúde. A sua instituição e curso foram escolhidos a partir de uma amostra aleatória de todos os municípios brasileiros.

Esta pesquisa está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP); e está sendo financiada pelo Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (OPAS/MS).

O objetivo central deste estudo é identificar as atribuições, competências e o escopo de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde.

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o Projeto Político Pedagógico e o ensino de graduação do seu curso e sua articulação com a prática profissional. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Esta discussão será gravada para efeito de registro e o material gravado será descartado ao final da análise dos dados. Os resultados deste estudo irão compor o relatório de pesquisa que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que é a instituição responsável pelo financiamento e execução desse trabalho.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com a pesquisadora principal Celia Regina Pierantoni (21) 2234-7378 ou pelo e-mail observarh@ims.uerj.br, que teremos o prazer de prestar informações adicionais.

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:
Nome: _____
Assinatura: _____
Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Célia Regina Pierantoni
Professora Associada IMS/UERJ
Coordenadora da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: gestores de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para participação em pesquisa

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde". Você foi escolhido por ser o (a) gestor (a) de Unidade Básica de Saúde (UBS). O seu município e sua UBS foram selecionados a partir de uma amostra aleatória de todos os municípios brasileiros.

Esta pesquisa está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP); e está sendo financiada pelo Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (OPAS/MS).

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre os escopos de prática dos profissionais de saúde da sua Unidade Básica de Saúde. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Esta discussão será gravada para efeito de registro e o material gravado será descartado após cinco anos e ficará sob a guarda do pesquisador durante esse período. Os resultados deste estudo irão compor o relatório de pesquisa que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que é a instituição responsável pelo financiamento e execução desse trabalho.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com a pesquisadora Cristiana Leite Carvalho (31) 3409-9688 ou pelo e-mail epsm@medicina.ufmg.br, que teremos o prazer de prestar informações adicionais.

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

_____

Cristiana Leite Carvalho

Pesquisadora

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: profissionais de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para participação em pesquisa

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde". Você foi escolhido por ser um profissional de saúde que atual na Atenção Básica. O seu município e sua Unidade Básica de Saúde (UBS) foram selecionados a partir de uma amostra aleatória de todos os municípios brasileiros.

Esta pesquisa está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP); e está sendo financiada pelo Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (OPAS/MS).

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o seu escopo de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Esta discussão será gravada para efeito de registro e o material gravado será descartado após cinco anos e ficará sob a guarda do pesquisador durante esse período. Os resultados deste estudo irão compor o relatório de pesquisa que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que é a instituição responsável pelo financiamento e execução desse trabalho.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com a pesquisadora Cristiana Leite Carvalho (31) 3409-9688 ou pelo e-mail epsm@medicina.ufmg.br, que teremos o prazer de prestar informações adicionais.

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

_____

Cristiana Leite Carvalho

Pesquisadora

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para participação em pesquisa

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde".

Esta pesquisa está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP); e está sendo financiada pelo Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (OPAS/MS).

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre este tema, dentro da Unidade Básica de Saúde que você frequenta. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Esta discussão será gravada para efeito de registro e o material gravado será descartado após cinco anos e ficará sob a guarda do pesquisador durante esse período. Os resultados deste estudo irão compor o relatório de pesquisa que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que é a instituição responsável pelo financiamento e execução desse trabalho.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com a pesquisadora Cristiana Leite Carvalho (31) 3409-9688 ou pelo e-mail epsm@medicina.ufmg.br, que teremos o prazer de prestar informações adicionais.

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

_____

Cristiana Leite Carvalho

Pesquisadora

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume I - Revisão dos mecanismos regulatórios de formação superior em saúde

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Março/2017

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

IMS Instituto de Medicina Social

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

ABBR	Associação Beneficente de Reabilitação
ABEP	Associação Brasileira de Ensino em Psicologia
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABN	Associação Brasileira de Nutricionistas
ABP	Associação Brasileira de Psicotécnicos
AMB	Associação Médica Brasileira
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CME	Conselho Municipal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
COFFITO	Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária
CREFITO	Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCENF	Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EJA	Educação de jovens e adultos
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
FVG	Fundação Getúlio Vargas
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISOP	Instituto de Seleção e Orientação Profissional

LDB	Lei de diretrizes e Bases da Educação
MBA	Master of Business Administration
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNE	Plano Nacional de Educação
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBMFR	Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
SEE	Secretaria Estadual de Educação
SIGRAS	Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde
SINFITO	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional
SME	Secretaria Municipal de Educação
SOBRAFIR	Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
WCPT	World Confederation of Physical Therapy

Lista de gráficos

Gráfico 1	Evolução dos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	126
Gráfico 2	Distribuição de cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013	127
Gráfico 3	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	127
Gráfico 4	Evolução de vagas de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012	128
Gráfico 5	Distribuição de vagas de enfermagem por região. Brasil, 2013	129
Gráfico 6	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	130
Gráfico 7	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	131
Gráfico 8	Distribuição de ingressantes em cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013	131
Gráfico 9	Número e taxa de crescimento de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	132
Gráfico 10	Evolução do número de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo sexo. Brasil, 2000-2013	133
Gráfico 11	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	134
Gráfico 12	Distribuição de concluintes em cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013	134
Gráfico 13	Número e taxa de crescimento de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	135
Gráfico 14	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo sexo. Brasil, 2000-2013	136

Gráfico 15	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013	137
Gráfico 16	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013	138
Gráfico 17	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013	139
Gráfico 18	Evolução dos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	141
Gráfico 19	Distribuição de cursos de farmácia por região. Brasil, 2013	142
Gráfico 20	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	143
Gráfico 21	Percentual de vagas de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012.	144
Gráfico 22	Distribuição de vagas de farmácia por região. Brasil, 2013	144
Gráfico 23	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	145
Gráfico 24	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	146
Gráfico 25	Distribuição de ingressantes em cursos de farmácia por região. Brasil, 2013	147
Gráfico 26	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	148
Gráfico 27	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	149
Gráfico 28	Concluintes nos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	150
Gráfico 29	Distribuição de ingressantes em cursos de farmácia por região. Brasil, 2013	151
Gráfico 30	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	152

Gráfico 31	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em farmácia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	153
Gráfico 32	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2010	154
Gráfico 33	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2013	155
Gráfico 34	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2013	156
Gráfico 35	Evolução dos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	158
Gráfico 36	Distribuição de cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013	159
Gráfico 37	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	159
Gráfico 38	Percentual de vagas de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012	160
Gráfico 39	Distribuição de vagas de fisioterapia por região. Brasil, 2013	161
Gráfico 40	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	161
Gráfico 41	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	162
Gráfico 42	Distribuição de ingressantes em cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013	163
Gráfico 43	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	163
Gráfico 44	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	164
Gráfico 45	Concluintes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	165
Gráfico 46	Distribuição de concluintes em cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013	165

Gráfico 47	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	166
Gráfico 48	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	167
Gráfico 49	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2010	168
Gráfico 50	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2013	169
Gráfico 51	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2013	169
Gráfico 52	Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	171
Gráfico 53	Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2013	172
Gráfico 54	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	173
Gráfico 55	Percentual de vagas de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012.	174
Gráfico 56	Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013	174
Gráfico 57	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	175
Gráfico 58	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	176
Gráfico 59	Distribuição de ingressantes em cursos de medicina por região. Brasil, 2013	177
Gráfico 60	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	178
Gráfico 61	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013	179
Gráfico 62	Concluintes nos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	180

Gráfico 63	Distribuição de ingressantes em cursos de medicina por região. Brasil, 2013	180
Gráfico 64	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	181
Gráfico 65	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013	182
Gráfico 66	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em medicina. Brasil, 2000-2010	183
Gráfico 67	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina. Brasil, 2000-2013	184
Gráfico 68	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação da saúde. Brasil, 2000-2013	185
Gráfico 69	Evolução dos cursos de graduação em medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	191
Gráfico 70	Evolução do número de vagas de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	193
Gráfico 71	Evolução do número de concluintes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	195
Gráfico 72	Evolução do número de ingressantes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	197
Gráfico 73	Evolução do número de ingressantes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo gênero. Brasil, 2000-2013	198
Gráfico 74	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013	199
Gráfico 75	Evolução dos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	200
Gráfico 76	Distribuição de cursos de nutrição por região. Brasil, 2013	201

Gráfico 77	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	202
Gráfico 78	Percentual de vagas de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012	203
Gráfico 79	Distribuição de vagas de nutrição por região. Brasil, 2013	203
Gráfico 80	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	204
Gráfico 81	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	205
Gráfico 82	Distribuição de ingressantes em cursos de nutrição por região. Brasil, 2013	205
Gráfico 83	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	206
Gráfico 84	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo sexo. Brasil, 2000-2013	207
Gráfico 85	Concluintes nos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	208
Gráfico 86	Distribuição de ingressantes em cursos de nutrição por região. Brasil, 2013	208
Gráfico 87	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	209
Gráfico 88	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em nutrição segundo sexo. Brasil, 2000-2013	210
Gráfico 89	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2010	210
Gráfico 90	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2013	211
Gráfico 91	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2013	212
Gráfico 92	Evolução dos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	214

Gráfico 93	Distribuição de cursos de odontologia por região. Brasil, 2013	215
Gráfico 94	Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	216
Gráfico 95	Percentual de vagas de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012	217
Gráfico 96	Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013	217
Gráfico 97	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	218
Gráfico 98	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	219
Gráfico 99	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	220
Gráfico 100	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013	221
Gráfico 101	Concluintes nos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	222
Gráfico 102	Distribuição de concluintes em cursos de odontologia por região. Brasil, 2013	222
Gráfico 103	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	223
Gráfico 104	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em odontologia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	224
Gráfico 105	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação e odontologia. Brasil, 2000-2010	225
Gráfico 106	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em odontologia. Brasil, 2000-2013	226
Gráfico 107	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em odontologia da saúde. Brasil, 2000-2013	227
Gráfico 108	Cursos de graduação em psicologia segundo natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	229

Gráfico 109	Distribuição de cursos de graduação de psicologia por região. Brasil, 2013	230
Gráfico 110	Distribuição dos cursos de graduação em psicologia no Brasil entre 2000-2013	231
Gráfico 111	Percentual de vagas de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012	232
Gráfico 112	Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013	232
Gráfico 113	Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	233
Gráfico 114	Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.	234
Gráfico 115	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em psicologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013	234
Gráfico 116	Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013	235
Gráfico 117	Concluintes nos cursos de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013	236
Gráfico 118	Distribuição de concluintes em cursos de psicologia por região. Brasil, 2013	236
Gráfico 119	Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em psicologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012	237
Gráfico 120	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em psicologia segundo sexo. Brasil, 2000-2013	238
Gráfico 121	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação e psicologia. Brasil, 2000-2010	238
Gráfico 122	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em psicologia. Brasil, 2000-2013	239
Gráfico 123	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em psicologia da saúde. Brasil, 2000-2013	240

Lista de quadros

Quadro 1	Estratégias de busca utilizadas segundo área de conhecimento pesquisada. Brasil, 2015	20
Quadro 2	Cursos de graduação em saúde com respectiva legislação que estabeleceu as respectivas Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2001-2004	75
Quadro 3	Aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde segundo eixos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Educação para elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Brasil, 2001-2004	76
Quadro 4	Aspectos específicos das DCN dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasil, 2001-2002	78
Quadro 5	Aspectos específicos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem e Odontologia segundo dimensões para atuação na Atenção Básica. Brasil, 2001-2002	90
Quadro 6	Síntese das habilitações gerais dos profissionais de farmácia, fisioterapia, psicologia e nutrição previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação. Brasil, 2001-2004	93
Quadro 7	Carga horária mínima e tempo mínimo de integralização de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2001-2004	94
Quadro 8	Síntese comparativa entre aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e de 2014 segundo eixos de análise. Brasil, 2001, 2014	98
Quadro 9	Descrição das áreas de competências* da prática médica nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina de 2014. Brasil, 2014	115

Lista de tabelas

Tabela 1	Resultado da busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, segundo área de conhecimento pesquisada. Brasil, 2015	21
Tabela 2	Cursos, vagas e concluintes de graduação em enfermagem por estado brasileiro. Brasil, 2013	140
Tabela 3	Cursos, vagas e concluintes de graduação em farmácia por estado brasileiro. Brasil, 2013	157
Tabela 4	Cursos, vagas e concluintes de graduação em fisioterapia por estado brasileiro. Brasil, 2013	170
Tabela 5	Cursos, vagas e concluintes de graduação em medicina por estado brasileiro. Brasil, 2013	186
Tabela 6	Regiões de saúde segundo unidade da federação, grupamento socioeconômico, número de munícipios que a compõe e população. Brasil, 2000, 2010, 2013	188
Tabela 7	Número de cursos de graduação em medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013	189
Tabela 8	Número de cursos de graduação em medicina, segundo município e unidade da federação das 17 regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000, 2013	190
Tabela 9	Número de vagas de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013	192
Tabela 10	Número de concluintes de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013	194
Tabela 11	Número de ingressantes em cursos de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013	196
Tabela 12	Cursos, vagas e concluintes de graduação em odontologia por estado brasileiro. Brasil, 2013	213
Tabela 13	Cursos, vagas e concluintes de graduação em odontologia por estado brasileiro. Brasil, 2013	228

Sumário

Apresentação 18

Aspectos metodológicos 19

Histórico do ensino dos cursos de graduação em saúde 24

- Histórico do ensino de enfermagem no Brasil 24
- Histórico do ensino de farmácia no Brasil 30
- Histórico do ensino em fisioterapia no Brasil 35
- Histórico do ensino de medicina no Brasil 44
- Histórico do ensino de nutrição no Brasil 56
- Histórico do ensino de odontologia no Brasil 61
- Histórico do ensino em psicologia no Brasil 65

Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Saúde 69

- Sistema educacional brasileiro 69
- Cursos de graduação em saúde 72
- Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde 72
- As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação na Medicina 95

Evolução dos cursos de graduação em saúde 124

- Evolução dos cursos de graduação em enfermagem 2000-2013 126
- Evolução dos cursos de graduação em farmácia 2000-2013 141
- Evolução dos cursos de graduação em fisioterapia 2000-2013 158
- Evolução dos cursos de graduação em medicina 2000-2013 171
- Evolução dos cursos de graduação em nutrição 2000-2013 200
- Evolução dos cursos de graduação em odontologia 2000-2013 214
- Evolução dos cursos de graduação em psicologia 2000-2013 229

Referências 241

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento da **Atividade I** da **Meta I** da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, quais sejam:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividade I

- Revisão dos mecanismos regulatórios de formação técnica e superior em saúde.

Os resultados desta atividade estão descritos em quatro tópicos:

- Aspectos metodológicos;

- Histórico do ensino dos cursos de graduação em saúde;

- Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde;

- Evolução dos Cursos de Graduação em Saúde.

Aspectos metodológicos

Para identificação dos mecanismos regulatórios de formação superior em saúde, empregou-se revisão integrativa da literatura, operacionalizada por meio das seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização das publicações; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento[1].

A questão de pesquisa estabelecida foi: quais os marcos legislativos que regulam a formação em saúde no Brasil? Foram consideradas as publicações que versassem sobre o tema, isto é, formação profissional técnica ou superior dos trabalhadores de saúde selecionados no Brasil, sem corte temporal definido, em qualquer idioma. Os critérios de exclusão definidos foram: editoriais, erratas, cartas ao editor, comentários; redundâncias, publicações não relacionadas ao tema e artigos sem informações de indexação.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nos meses de abril a junho de 2015, a partir das seguintes palavras-chave: ensino; enfermagem; farmácia; fisioterapia; medicina; nutrição; odontologia; psicologia; e o operador booleano AND. Optou-se por adotar uma estratégia de busca ampla para obter maior sensibilidade e captar o maior número de publicações relacionadas ao tema em estudo. A BVS permite diversos filtros de busca, os quais foram empregados com o objetivo de direcionar a pesquisa ao objetivo proposto. As sintaxes de busca estabelecidas após filtragem estão descritas no Quadro 1, que se segue.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas segundo área de conhecimento pesquisada. Brasil, 2015

Área de conhecimento	Sintaxe de busca
Enfermagem	tw:(tw:(ensino enfermagem) AND (instance:"regional") AND (mj:("Educação em Enfermagem" OR "Ensino" OR "Enfermagem" OR "História da Enfermagem" OR "Currículo" OR "Escolas de Enfermagem" OR "Bacharelato em Enfermagem" OR "Educação de Pós-Graduação em Enfermagem" OR "Auxiliares de Enfermagem" OR "Educação Superior" OR "Processos de Enfermagem" OR "Brasil" OR "Enfermeiras" OR "Especialidades de Enfermagem" OR "Universidades" OR "Política de Saúde" OR "Programas de Graduação em Enfermagem" OR "Educação Profissionalizante" OR "Legislação de Enfermagem" OR "Enfermeiros" OR "Especialização" OR "Ocupações em Saúde" OR "Educação Técnica em Enfermagem" OR "Ensino Fundamental e Médio" OR "Escolas Médicas" OR "Educação" OR "Enfermagem Primária" OR "Legislação" OR "Documentação" OR "Educação de Pós-Graduação" OR "Pessoal Técnico de Saúde" OR "Política de Educação Superior" OR "Instituições de Ensino Superior" OR "História" OR "Sistemas Políticos" OR "História da Medicina") AND pais_assunto:("brasil"))) AND (instance:"regional")
Farmácia	tw:(farmácia AND ensino) AND (instance:"regional") AND (mj:("Brasil" OR "Universidades" OR "Educação Superior" OR "Instituições Acadêmicas" OR "Ensino" OR "Currículo" OR "Educação em Farmácia" OR "Educação" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Educação Profissionalizante" OR "Educação de Pós-Graduação" OR "Auxiliares de Farmácia" OR "Escolas de Farmácia") AND pais_assunto:("brasil"))
Fisioterapia	ensino AND fisioterapia AND (instance:"regional") AND (pais_assunto:("brasil"))
Medicina	medicina AND ensino AND (instance:"regional") AND (mj:("Educação Médica" OR "Escolas Médicas" OR "História da Medicina" OR "Educação de Pós-Graduação em Medicina" OR "Educação de Graduação em Medicina" OR "Ensino" OR "Currículo" OR "Internato e Residência" OR "Avaliação Educacional" OR "Médicos" OR "Educação Superior" OR "Educação em Saúde" OR "Medicina" OR "Universidades" OR "Instituições Acadêmicas" OR "Brasil" OR "Educação de Pós-Graduação" OR "Docentes" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Avaliação" OR "Recursos Humanos em Saúde" OR "Aprendizagem" OR "Aprendizagem Baseada em Problemas" OR "Estágio Clínico" OR "Serviços de Integração Docente-Assistencial" OR "Instituições de Ensino Superior" OR "Educação" OR "Educação Profissionalizante" OR "Sociologia Médica" OR "Especialização" OR "Disciplinas das Ciências Biológicas" OR "Modelos Educacionais" OR "Educação Baseada em Competências" OR "Materiais de Ensino") AND pais_assunto:("brasil"))
Nutrição	tw:(nutrição AND ensino) AND (instance:"regional") AND (pais_assunto:("brasil"))
Odontologia	tw:(odontologia AND ensino) AND (instance:"regional") AND (mj:("Internato e Residência" OR "Educação em Odontologia" OR "Ensino" OR "Currículo" OR "Escolas de Odontologia" OR "Educação Superior" OR "Avaliação Educacional" OR "História da Odontologia" OR "Sistema Único de Saúde") AND pais_assunto:("brasil"))
Psicologia	tw:(psicologia AND ensino) AND (instance:"regional") AND (mj:("Ensino" OR "Instituições Acadêmicas" OR "Brasil" OR "Educação Superior" OR "Aprendizagem" OR "Educação" OR "Currículo" OR "Universidades") AND pais_assunto:("brasil"))

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A partir dessas sintaxes foram contabilizadas 2.842 publicações retornadas no mecanismo de busca, conforma se observa na Tabela 1

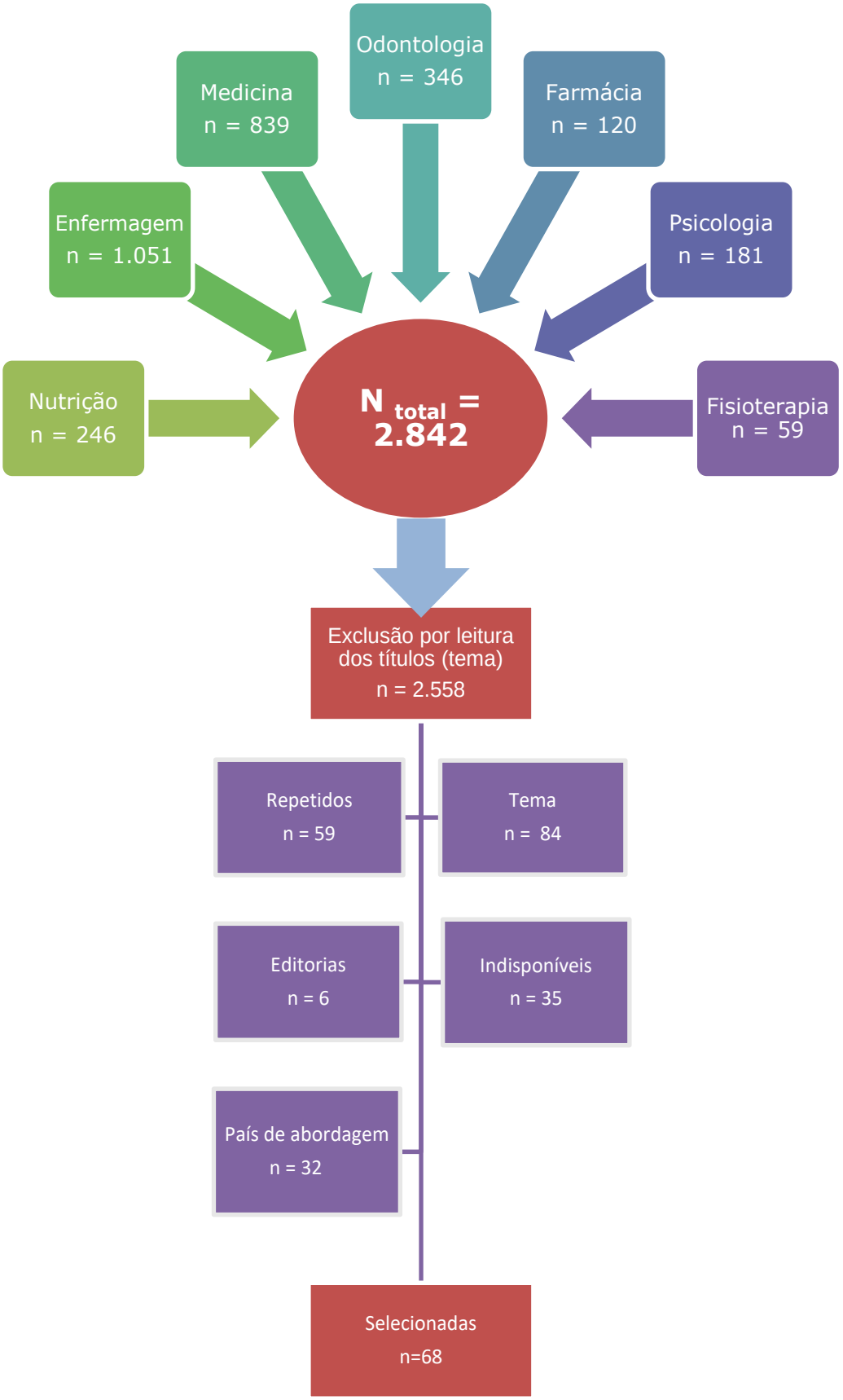
Tabela 1. Resultado da busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, segundo área de conhecimento pesquisada. Brasil, 2015

Área de conhecimento	N	%
Enfermagem	1.051	37,0
Medicina	839	29,5
Odontologia	346	12,2
Nutrição	246	8,7
Farmácia	120	4,2
Psicologia	181	6,4
Fisioterapia	59	2,1
Total	**2.842**	**100,0**

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A observação da Tabela 1 permite verificar que a partir dos temos de busca utilizados sem os refinamentos ou descartes, as áreas de conhecimento enfermagem e medicina foram aquelas que mais retornaram publicações: 37,0% e 29,5% do total, respectivamente. A Figura 1 traz uma sinopse do processo de refinamento das publicações por meio de um organograma explicativo das etapas.

Figura 1. Fluxograma de resultados dos estudos elegíveis selecionadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Rio de Janeiro, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Das 2.842 publicações retornadas na BVS, foram excluídas 2.558 a partir da leitura dos títulos, restando 216; em seguida, por meio da leitura dos resumos e aplicação dos critérios de exclusão, foram descartadas 148, conforme observado na Figura 1. Ao final, 68 publicações foram consideradas elegíveis para leitura completa e análise.

Ressalta-se que outras publicações e legislações não retornadas nas buscas, mas que eram de conhecimento dos pesquisadores, e outras selecionadas por meio de *cross reference* (referências cruzadas) foram utilizadas para apresentar o aspecto histórico relativo à regulamentação do ensino técnico e superior das profissões de saúde, apresentado segundo área de conhecimento.

Histórico do ensino dos cursos de graduação em saúde

Histórico do ensino de enfermagem no Brasil

A construção da profissão e do ensino de enfermagem perpassa às mudanças visualizadas e experimentadas da história da saúde do país, estando essa vinculada a fatores sociais do mesmo.

A primeira tentativa de sistematização do ensino de Enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, quando da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares[2] e capacitar profissionais na área de saúde pública para saneamento dos portos. A escola foi criada conforme o Decreto Federal n° 791, de 27 de setembro de 1890, do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo, vinculada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)[3].

Os determinantes de sua criação fizeram perdurar a ideia de que o preparo de seus alunos se destinava apenas ao atendimento do paciente psiquiátrico, com corpo docente formado apenas por médicos e psiquiatras. No entanto, com a reinauguração da escola em 1905 e dispondo de um quadro de professores já devidamente reorganizado, em termos de recursos humanos (RH) e administrativos, elaborou-se um currículo mais adequado ao ensino de enfermagem no Brasil, constituído pelas seguintes disciplinas: anatomia e fisiologia elementares; pequena farmácia e administração de medicamentos; curativos e pequenas cirurgias; higiene oral e tratamento aos alienados; cuidados e tratamento aos alienados; prática administrativa e disciplinar[4].

Por volta de 1901, foi criado, sob a orientação de enfermeiras inglesas, outro curso, ministrado em inglês, em São Paulo, no Hospital Evangélico, para estrangeiros, hoje denominado Hospital Samaritano. Em 1916, em meio a Primeira Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira deu início a um curso de Enfermagem na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, com duração de dois anos, no município do Rio de Janeiro no intuito de preparar enfermeiros voluntários para as emergências de guerra[2,3]. Para ingressar no curso bastava saber ler e escrever[4].

Foi somente na década de 1920, em meio a um contexto sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população desde o início do século XX, desencadeando na criação Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que o ensino de enfermagem se modernizou. Por meio do Decreto nº 15.799, de 10 de dezembro de 1922 foi instituída a Escola de Enfermeiras vinculada ao referido departamento[2,3,5]. A atuação da enfermagem naquele momento visava predominantemente a saúde pública, por meio de práticas primárias de saúde preventivas, realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado[6].

Nesta escola, a formação das enfermeiras acontecia num período de dois anos e quatro meses, posteriormente esse período foi alargado para inclusão de conteúdos gerais e especializados, tornando-se de 32 meses[7]. Do candidato a ingressar no curso se exigia o curso normal ou equivalente concluído[4]. O currículo continha conteúdos gerais, como anatomia, fisiologia, patologia, parasitologia e microbiologia, cozinha e nutrição, saúde pública, higiene e problemas sociais e profissionais, além de conteúdos especializados, tais como, serviços de saúde pública, de administração hospitalar, de dispensários, de laboratórios, de salas de cirurgia e serviços pediátricos, e em consonância[8].

O Decreto n° 17.268, de 31 de março de 1926 institucionalizou o ensino de enfermagem no Brasil. Nesse mesmo ano, Escola de Enfermeiras passou a ser designada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e, em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), já então com uma formação de enfermeiras voltada para os moldes nightingalianos. Em 1928, o curso passou a ser de 34 meses; em 1930 era realizado em três anos, sendo os quatro primeiros meses dedicados ao ensino intensivo de teoria[9,10].

O programa contemplava, nos primeiros meses, o estudo de anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química, higiene individual, história da enfermagem, ética de enfermagem, drogas e soluções, dietética, ataduras e arte de enfermagem e ginástica. No 1º ano: psicologia, massagem, patologia interna e externa. A partir do 2º ano, estudava-se matéria médica, higiene infantil, obstetrícia, doenças infectocontagiosas, moléstias da vista, ouvidos, nariz e garganta; saúde pública e primeiros socorros[9].

Na década de 1940 as políticas educacionais de saúde sofreram repercussões da consolidação da indústria e surgimento de grandes hospitais. Passou-se a buscar um ensino centrado no modelo clínico de prática fragmentada, voltado para a área hospitalar. Nesse contexto, através da Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, o Estado estimulou a ampliação no número de escolas, tornando obrigatória a inclusão do curso de Enfermagem em toda universidade ou sede de faculdade de Medicina; e o ensino de enfermagem passa a compreender o curso de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem, o primeiro com duração de 36 meses e o segundo de 18 meses[11,12]. O currículo, no entanto, não sofreu grandes modificações; permaneceu-se privilegiando as disciplinas de caráter preventivo.

Esta lei determinou que as escolas de enfermagem poderiam continuar a receber candidatos portadores de certificados de conclusão do curso

ginasial ou equivalente por um prazo de até sete anos[12]. Extinto esse prazo, a Lei nº 2.995/56 o prorrogou por mais cinco anos[4].

Apenas em 1961, após fixada as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) por meio da Lei nº 4.020, de 20 de dezembro de 1961[13], que se passou a exigir a conclusão do curso secundário, tornando as Escolas de Enfermagem de nível superior. Essa mesma lei classificou as escolas de auxiliar de enfermagem como de nível médio e criou, ainda, escolas médias de enfermagem acessíveis aos portadores de certificado de curso ginasial. A partir de então a enfermagem passou a ter três níveis profissionais: o auxiliar de enfermagem, que após ter cumprido a escolaridade de ensino fundamental, recebia uma habilitação profissionalizante; técnico de enfermagem, ao nível de ensino médio; enfermeiro, profissional de nível superior[14].

A diferença entre o auxiliar e o técnico de enfermagem fez-se em função da carga horária teórica e prática do curso frequentado. O primeiro curso técnico em enfermagem foi criado pela EEAN, no Rio de Janeiro, e aprovado pelo Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 171/66[14].

Em outubro de 1962, com o Parecer nº 271/62 se estabeleceu o currículo mínimo de enfermagem, que incluía as disciplinas de Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História da Enfermagem e Administração[15].

O currículo, que antes era voltado para o estudo das doenças mais incidentes por meio de disciplinas de caráter preventivo, passa a focar as clínicas especializadas, dando foco à doença e a cura. E a saúde pública deixa de ser matéria obrigatória e passa a ser disciplina de especialização[4].

Em 1972, o CFE reformula o currículo mínimo de enfermagem, por meio do Parecer CFE nº 163/72, criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa[16]. Ainda nesse ano, o Parecer CFE nº 45, de 12 de janeiro, determinou carga horária de 2.490 horas para os cursos técnicos. Em, 1976, no entanto, o Parecer nº 3.814, estendeu essa carga horária para 2.760 horas[17].

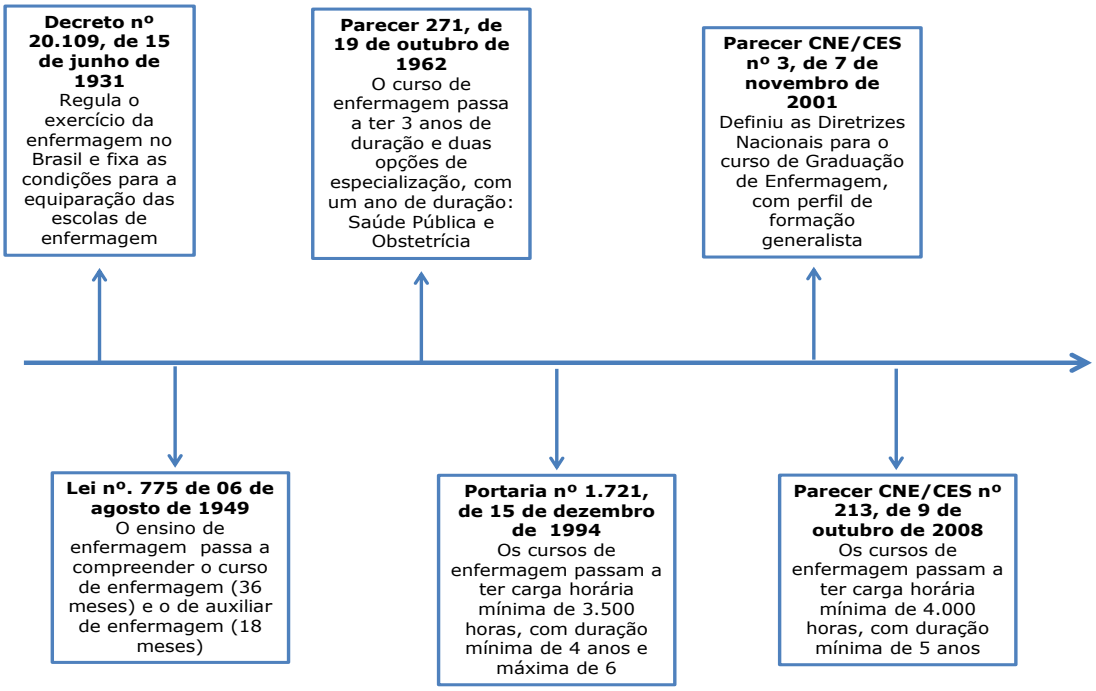
Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), levantou-se debates acerca do perfil e competências que os enfermeiros deveriam assumir, e nessa rede de discussões foi criado o Parecer CFE nº. 314, de 06 de abril de 1994, homologado pelo Ministério da Educação (MEC), pela Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994[18]. A carga horária mínima dos cursos de enfermagem passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração de no mínimo dois semestres[16]. Os currículos deveriam contemplar as seguintes áreas temáticas[18]:

- Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (25% da carga horária do curso), com estudo de morfologia, fisiologia, patologia, biologia, sociologia e psicologia;
- Fundamentos da Enfermagem (25% da carga horária do curso), cujos temas deveriam ser história e ética da enfermagem, epidemiologia, bioestatística, saúde ambiental, semiologia e semiotécnica, metodologia da pesquisa;
- Assistência de Enfermagem (35% da carga horária do curso), com estudo de situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e saúde coletiva;
- Administração em Enfermagem (15% da carga horária do curso), com foco na administração do processo de trabalho da enfermagem.

Com a criação da nova LDB, pela Lei nº. 9.394 de dezembro de 1996[19], houve uma expansão de cursos e vagas no ensino superior, além de uma maior flexibilização dos currículos de graduação. Foi então, em 7 de novembro de 2001, aprovada a Resolução CNE/CES nº. 03, que definiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação de Enfermagem (DCENF)[20].

As DCENF dispõem sobre o perfil do enfermeiro que deveria a partir de agora ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, além de elucidar os conteúdos curriculares que deveriam compreender as ciências biológicas e sociais da saúde, ciências humanas e as ciências de enfermagem que compreendem Fundamentos de Enfermagem, Administração de Enfermagem, Ensino de Enfermagem e Assistência de Enfermagem[20].

Figura 2. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em enfermagem. Brasil, 1931-2008



Fonte: Legislação brasileira, 1931-2008

Histórico do ensino de farmácia no Brasil

No Brasil, a partir do século XIX, iniciou-se a formação de farmacêuticos[21]. A formação do profissional farmacêutico sofreu grandes transformações nos últimos 40 anos, algumas anteriores a constituição do SUS.

Os marcos históricos do ensino de farmácia no Brasil representam o início de um processo de desenvolvimento na saúde no Brasil. Segundo relatos da história, na época do período colonial, eram os chamados curandeiros que tinham a incumbência de indicar os remédios para as doenças e a entrega de medicamentos não tinha nenhum controle. Iniciativas para modificar essa prática por parte do Reino bem que tentaram coibir a desordem existente na produção e na dispensação de medicamentos, mas os esforços foram frustrados devido à carência de especialistas no setor. O primeiro conjunto de normas a vigorar, no Brasil, data do no século XVI e buscava regulamentar a atividade dos boticários, definindo que a distribuição de drogas era privativa desses profissionais. Porém, essa iniciativa foi insatisfatória já que pessoas desqualificadas continuavam a exercer o comércio e a indicação de drogas e medicamentos[22].

Com a vinda da Família Real, esse quadro anárquico começou a sofrer transformações. Os primeiros cursos de ensino em farmácia foram criados em 1832, no Rio de Janeiro e na Bahia, vinculados aos cursos de medicina. O curso tinha duração de três anos e o profissional recebia o título de farmacêutico, porém, continuava sendo chamado de boticário[23]. Até o início do século XIX, havia poucos médicos de nível superior, no território brasileiro. Dessa maneira, o atendimento na área de saúde era feito por profissionais com pouca ou nenhuma qualificação. Com essa demanda, houve a difícil iniciativa de se criar cursos de formação para cirurgiões. As primeiras tentativas de cursos

para esse fim foram no Rio de Janeiro e em São Paulo, e não vingaram por falta de profissionais para lecionar aos alunos.

No ano de 1839, em Minas Gerais, ao invés de ser criada uma Escola de Cirurgia, foi institucionalizada uma Escola de Farmácia na cidade de Ouro Preto. A Escola de Farmácia de Ouro Preto foi o primeiro curso independente de toda a América Latina.

Mesmo com a existência de médicos, a quantidade de doentes, nesse período de epidemias (febre amarela, varíola e peste bubônica), era catastrófica e foi durante esse momento que farmacêuticos oriundos da Escola de Farmácia e até mesmo alunos da instituição passaram a clinicar e auxiliaram positivamente no combate a essas doenças[22].

O curso de farmácia sofreu três grandes reformas no século XX: a reforma de Epitácio Pessoa, em 1901, que reduziu o período do curso para dois anos; a reforma de Rivadávia Corrêa, em 1911, que retomou com a duração do curso para três anos; e a reforma de Rocha Vaz, em 1925, que definiu a duração do curso para quatro anos com o conteúdo voltado para a produção industrial de medicamento, análises microbiológicas, e introduziu a legislação farmacêutica como componente importante da formação[23].

No ano de 1961, com a publicação da Lei nº 4024, de 20 de dezembro[24], foi instituída as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. No ano seguinte foi instituído o currículo mínimo para o curso de Farmácia através da publicação do Parecer nº 268/62 que priorizava, nos currículos, as análises clínicas e alimentos. A reforma começou a ser instituída em 1963. Segundo o parecer, não bastava ao Brasil à figura tradicional do farmacêutico encarregado da Farmácia comercial. Tornava-se imperioso, naquele momento, preparar os cientistas e os técnicos capazes de dirigir e fazer prosperar a indústria farmacêutica. O profissional farmacêutico era visto como veículo de consumo das matérias primas, equipamentos e reagentes gerados no exterior. A sua

atuação na área do medicamento era restrita apenas a produção, com a descaracterização de profissional da saúde.

A reforma referida, baseada numa visão tecnicista, objetivava atender às múltiplas tarefas reservadas aos profissionais da Farmácia e era pautada na crença de quanto mais especializado, mais competente seria o profissional. Assim, o curso passou a ter a seguinte estrutura: 1) Uma parte profissional básica, com três anos, que graduava o farmacêutico, e 2) Uma parte profissional opcional, com mais um ano de estudos, que levava à formação do farmacêutico-bioquímico.

Neste caso, eram-lhe oferecidas quatro habilitações, embora o nome da graduação fosse sempre o mesmo - farmacêutico-bioquímico: 1) indústria farmacêutica e de alimentos; 2) controle de medicamentos e análise de alimentos; 3) química terapêutica; e 4) laboratório de saúde pública[25].

Em 1969 houve nova mudança curricular, através da Resolução nº 4/69 do CFE[26], a reforma estabeleceu o caráter multidisciplinar dos cursos, possibilitando aos farmacêuticos diferentes campos de atuação. Nas escolas de Farmácia eram formados profissionais com titulações diferentes: farmacêutico, farmacêutico industrial, farmacêutico bioquímico com duas opções: I- Tecnologia de alimentos ou II - Análises clínicas e lexicológicas[27]. A justificativa dessa mudança baseava-se na pouca procura do curso e no mal preparo dos profissionais formados, especialmente para a área industrial. É importante enfatizar que as duas reformas curriculares até o momento eram divididas em habilitações.

Com a criação da nova LDB, pela Lei nº. 9.394 de dezembro de 1996[19], houve uma expansão de cursos e vagas no ensino superior, impulsionando reformas na educação brasileira como um todo.

Em 2001 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Farmácia, oficialmente publicadas em 2002 pela Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior – CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002[28]. As diretrizes definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos farmacêuticos para a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos político pedagógicos dos cursos de graduação em Farmácia.

Estabeleceu também que o perfil do egresso, deveria ser de um profissional com formação generalista, humanista, critica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício e atividades referentes aos fármacos e medicamentos, as análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Com as novas diretrizes, os currículos definem o perfil multiprofissional e multidisciplinar, e estabelecem as competências e habilidades necessárias para o exercício da profissão farmacêutica: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente.

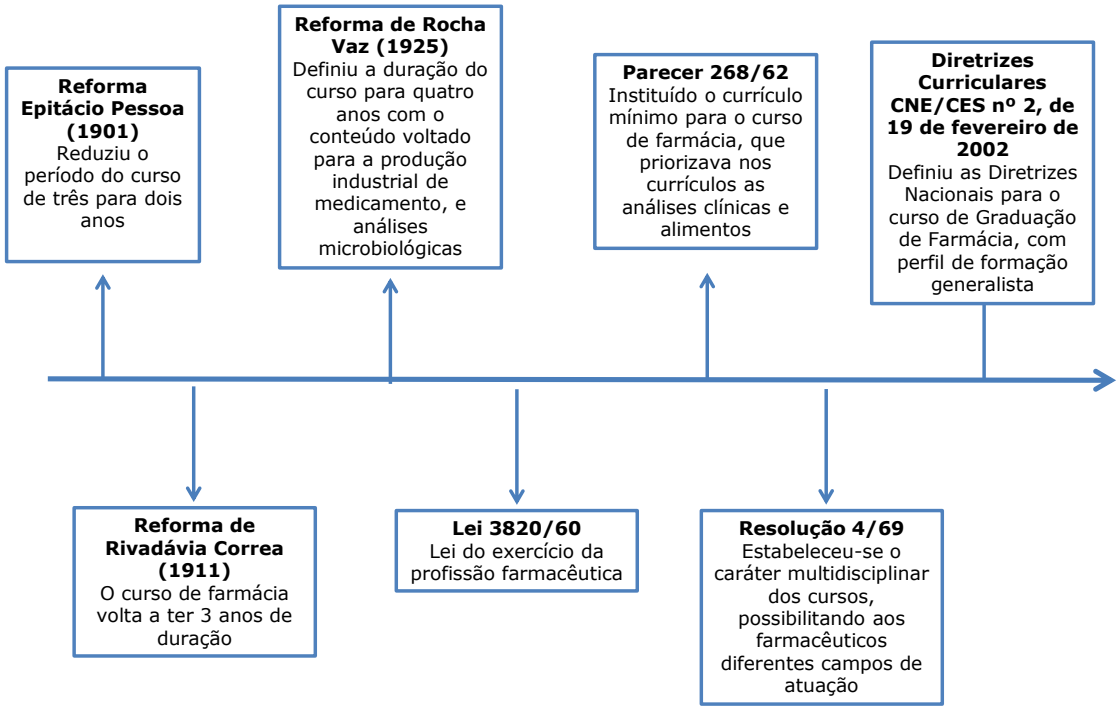
Quanto à regulamentação profissional, o exercício da profissão farmacêutica tem respaldo em diplomas legais, sendo suas atribuições divididas em privativas e não privativas. O Decreto Federal nº 85.878 de 07 de abril de 1981[29], estabeleceu normas para a execução da Lei 3.820 de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão farmacêutica, fixando as atribuições profissionais do farmacêutico em:

a) Privativas - Magistério superior (Privativas constantes, currículo de farmácia); Perícia Técnica Legal; Fiscalização técnica de empresas

farmacêuticas; Fiscalização profissional; Farmacotécnica prescricional humana; Pesquisa e Planejamento de fármacos; Dispensação farmacêutica (pública, hospitalar, privada); Indústria de especialidades farmacêuticas; Cosméticos com indicação terapêutica; Produção e dispensação de fitoterápicos.

b) Não Privativas - Indústria de insumos para fins farmacêuticos; Indústria de insumos bioquímicos para fins farmacêuticos; Fábrica de produtos higiênicos e cosméticos sem indicação farmacêutica; Indústria de produtos biológicos; Bromatologia e química bromatológica; Tratamento de água; Análises clínicas para fins clínicos; Análises químicas para fins industriais; Fábrica de produtos farmacêuticos para fins veterinários; Indústria de extratos opoterápicos; Indústria de raticidas, inseticidas e congêneres.

Figura 3. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em farmácia. Brasil, 1901-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1901-2002

Histórico do ensino em fisioterapia no Brasil

Desde o período colonial que médicos e técnicos iniciaram atividades ligadas aos recursos físicos terapêuticos como a água, o calor e a eletricidade, mas foi com o aumento do número de casos de poliomielite, cujas sequelas deveriam ser objeto de intervenção enquanto processo de reabilitação, assim como os casos de acidentes de trabalho decorrentes do acelerado processo de industrialização brasileiro, que houve interesse, em 1929, pela criação do primeiro curso técnico de fisioterapia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo[30,31].

Quarenta anos depois, a fisioterapia foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 938 de 13 de outubro de 1969, definindo as atividades privativas do fisioterapeuta e quando também passou a constar do Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais. Em 10 de dezembro de 1984 entrou para o grupo de "outras atividades de nível superior" com o código NS-900.

Em 17 de dezembro de 1975, a Lei nº 6.316 criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) cujo registro e contribuição anual tornaram-se obrigatórios e constituiu condição para o exercício da profissão. Em 14 de março de 1978 o COFFITO aprovou as Normas para Habilitação ao Exercício das Profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, esta resolução consta de nove capítulos, 14 seções e 142 artigos e criou em três de julho de 1978 o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que fora reformulado e aprovado pela Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013[32].

A profissão de fisioterapia, cumprindo todas as etapas do processo de profissionalização descritas pela sociologia das profissões, conquistou, no prazo de aproximadamente 40 anos, a legitimidade e a legalidade de profissão da saúde[33].

Da regulamentação da profissão em 1969, a formação em fisioterapia evoluiu lentamente mesmo nas décadas de 1970 e 1980, partindo de seis cursos de graduação em 1969 para 22, em 1980.

Entretanto, a política de corrigir o déficit da escolaridade superior brasileira foi o principal fator determinante para o crescimento do número de cursos de graduação em fisioterapia, a partir da segunda metade da década de 1990. O advento da criação dos centros universitários, cuja liberalidade de abrir cursos de graduação, permitiu o aumento exponencial de cursos de graduação em saúde, entre eles a fisioterapia.

O país estava às portas do período chamado pelos demógrafos de "bônus demográfico", período no qual a estrutura etária da população atua no sentido de facilitar o crescimento econômico, ou seja, quando há um grande contingente da população em idade produtiva e um menor número de idosos e crianças. Neste sentido, a promissora demanda de jovens em idade universitária, a demanda reprimida de adultos cuja formação superior fora reprimida até então e o déficit de oferta de vagas nas instituições públicas, fomentaram a criação deliberada de novos cursos de graduação em saúde. Este aumento da procura e da oferta pela formação em fisioterapia, assim como de outras profissões da saúde como a enfermagem, pode ser explicada pelas características da profissão: grande autonomia, fácil credencialismo e relativo controle do mercado pela escassez de profissionais, além do fato de ser uma profissão de significativo reconhecimento e valorização pela sociedade[34,35].

Somado a este cenário, a redemocratização do país levou ao processo de reforma política, econômica e universitária, cujo papel do Estado fora reduzido e os princípios neoliberais abriram o mercado brasileiro ao capital internacional. A educação superior teve forte ampliação da oferta pela iniciativa privada que fora facilitada pelo CNE ao flexibilizar

as regras para a autorização, para o reconhecimento e para o credenciamento de cursos e instituições criando pela LDB, em 1996.

Tal flexibilização teve como efeitos: a falta de planejamento, a baixa qualidade do ensino, os desequilíbrios na distribuição geográfica com concentração em áreas economicamente desenvolvidas, a desvinculação da formação com as demandas epidemiológicas regionais e entre outros. A desconexão com a realidade mostrou-se na formação em fisioterapia que nunca perdeu a principal característica de sua gênese, qual seja a função reabilitadora desvinculada do novo conceito de saúde atribuído pela Constituição Federal de 1988 de promoção da saúde e da prevenção de agravos e que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro[36,37].

Portanto, a inserção dos fisioterapeutas na Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir de 2008, pressiona o redirecionamento da sua formação em consonância com as demandas epidemiológicas e sociais da comunidade em que estejam inseridos[38,39,40].

Na sequência, pontuam-se os principais marcos regulatórios da educação em fisioterapia no Brasil.

1808 – O uso de recursos físicos, que caracterizaram as primeiras atividades em fisioterapia, se deu com a vinda da família real de Portugal para o Brasil, quando surgiram as primeiras escolas de ensino médico no Rio de Janeiro que incluíram procedimentos que utilizavam recursos físicos. Por mais de cem anos foram criados serviços de eletroterapia e hidroterapia como a "Casa das Duchas" (1879), o primeiro serviço de fisioterapia da América Latina no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (1884) e o departamento de eletricidade médica em São Paulo, em 1919.

1929 – Criação do primeiro curso técnico de fisioterapia na Santa Cassa de Misericórdia de São Paulo para atender ao serviço de fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho.

Na década de 1930, os serviços que utilizavam recursos físicos eram controlados pelos chamados médicos de reabilitação. Após a II Guerra Mundial, o grande número de vítimas com sequelas físicas impulsionou o crescimento do número de serviços que pretendiam tratar e recuperar tais pessoas.

1951 – Criação do primeiro curso de formação de técnicos em fisioterapia com duração de um ano em regime integral na Universidade de São Paulo (USP) gerado pela necessidade de pessoal capacitado para o serviço de atendimento de sequelas de acidente de trabalho, acessível aos concluintes do ensino médio e ministrado por médicos.

1952 - No Rio de Janeiro, a faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro adotou a cátedra de fisioterapia.

1954 – Criou-se a Associação Brasileira e Beneficente de Reabilitação (ABBR) que passou a ministrar o curso de técnico de fisioterapia.

1959 – A ampliação dos cursos técnicos de fisioterapia por recomendação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) pela seção latina da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir daí o curso da USP passou a ter a duração de dois anos. O Parecer 388/63 do CFE define oficialmente da ocupação do fisioterapeuta como auxiliar do médico.

1964 - Criaram-se os cursos superiores de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A ABBR criou o primeiro curso superior de fisioterapia do estado do Rio de Janeiro. O Parecer 511/64 estabelece o currículo mínimo do curso superior de Fisioterapia com as matérias comuns e

específicas da reabilitação. A Portaria Ministerial de nº 511/64, por sua vez, estabelece o currículo mínimo do curso superior de Fisioterapia:

> Art. 1º - O currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a formação de Técnico em Fisioterapia e de Técnico em Terapia Ocupacional compreende matérias comuns e matérias específicas, como se segue: a) Matérias comuns: Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada. b) Matérias específicas do curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral, Fisioterapia Aplicada (…).
> Art. 2º - A duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional será de três anos letivos com carga horária mínima de 2.100 horas.

1967 - A Reitoria da USP regulamentou os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional realizados no INAR, através da Portaria GRN nº 347, de 7 de abril de 1967.

1969 - Os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar assinaram o Decreto Lei nº 938 que assegurou e reconheceu a fisioterapia como profissão de nível superior e definiu as atividades privativas desta categoria:

> Art. 1º: É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente Decreto-lei.
> Art. 2º: O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacionais, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.
> Art. 3º: É atividade privativa de o fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

1969 - A OMS e a World Confederation of Physical Therapy (WCPT) promovem no México o primeiro curso de Mestrado em Fisioterapia.

1970 - Tramitava na Câmara Federal o projeto de Lei 2.090/70, que pretendia retirar a obrigatoriedade do nível superior e reconduzir à denominação de Técnico de Fisioterapia, entretanto a Comissão de Constituição e Justiça aprovou o voto do relator considerando-o inconstitucional.

1972 - A Associação Médica Brasileira (AMB) reconhece a Fisiatria como especialidade médica.

1975 - Criaram-se o COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), conforme a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 e cria o Código de Ética das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

1980 - Supremo Tribunal Federal (STF), a Representação STF 1056-2 contestou a constitucionalidade dos artigos 3° e 4º do Decreto-Lei 938/69 e do Parágrafo Único do artigo 12 da Lei 6.316/75 que questionava a autonomia, a competência e a exclusividade do controle do mercado da fisioterapia. Nos artigos da legislação a Sociedade de Medicina Física e do Conselho Federal de Medicina (CFM) reivindicavam ser desnecessária a obrigatoriedade da inscrição no Conselho de Fisioterapia das empresas que prestassem serviços de fisioterapia e que tornavam os métodos e técnicas fisioterápicas privativas do fisioterapeuta e obrigava a estas empresas – na maioria de propriedade de médicos - submeter-se ao poder normativo e fiscalizador do Conselho de Fisioterapia.

1980 – O Ministério do Trabalho, em 12 de agosto de 1980, reconhece o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo (SINFITO/SP).

1982 - Amparado na função normativa que lhe foi atribuída pelo art. 5º da Lei 6.316, o COFFITO resolve conceder inscrição na categoria de "Auxiliar de Fisioterapia" para os aprovados no exame de suficiência e que comprovassem o exercício profissional antes de 13 de outubro de 1969 e proíbe o uso da denominação de "Auxiliar de Fisioterapia" para concluintes de cursos de 1º e 2º graus e o emprego dos termos "Fisioterapia" e "Fisioterapeuta" para quem não preenchesse os quesitos do Decreto-Lei 938. Como o MEC não indicou instituição

universitária para realização do exame de suficiência, assim como os interessados não se manifestaram para sua aplicação, não houve aprovado e extinguiu-se, portanto, legalmente, o auxiliar de Fisioterapia no Brasil.

1983 - O CFE, através da resolução nº 04 de 28 de fevereiro de 1983, edita o currículo mínimo para a Fisioterapia com quatro anos letivos. O conteúdo foi dividido em quatro ciclos, composto pelas seguintes matérias: a) biológicas; b) de formação geral; c) pré-profissionalizantes e; d) profissionalizantes.

Nesse ano, o STF ratifica a constitucionalidade dos artigos 3º e 4º do Decreto-lei 938 (privaticidade do exercício profissional do fisioterapeuta) e do parágrafo único do artigo 12 da Lei 6.316 (obrigatoriedade do registro das prestadoras de serviços de Fisioterapia nos CREFITO), contra representação de inconstitucionalidade movida pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (SBMFR), a entidade que representava os médicos fisiatras. O fisioterapeuta tem sua maioridade reafirmada pela justiça e os órgãos formadores referendam-na, nos currículos.

1984 - Surge a primeira unidade de Fisioterapia da América do Sul, com a criação do Serviço de Fisioterapia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, altera-se a terminologia usada no Serviço Público de técnico de reabilitação para fisioterapeutas.

1986 - Fundada a Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (SOBRAFIR) em 2 de setembro de 1986, com o objetivo de desenvolvimento tecnológico e científico dessa.

1994 - O Decreto 90.640, de 19 de dezembro de 1994, reconheceu a identidade profissional no Serviço Público Federal com direito de avaliar, orientar, prescrever e coordenar as práticas da fisioterapia na saúde pública.

1996 - O MEC, por meio da LDB, estabeleceu novas regras, dando autonomia para as universidades elaborarem seus currículos.

1997 - Em dezembro de 1997, a Secretaria de Ensino Superior do MEC convocou as instituições de ensino superior (IES), para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação.

1998 e 1999 - Entidades de classe e governamentais (COFFITO, CREFITO), coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados, foram convocados para debater e propor ao MEC as diretrizes gerais que deveriam nortear o ensino da Fisioterapia no Brasil. Criação da Comissão de Especialistas de Ensino.

2002 - CNE institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia através da Resolução CNE/CES nº 4 e decide que fica mantido aos profissionais fisioterapeutas o direito à requisição de exames complementares, à livre atuação em departamentos de saúde e à direção de serviços de saúde.

Assim como as demais profissões de saúde no Brasil, as diretrizes curriculares preveem formação voltada para a saúde coletiva no sentido de atuarem na promoção da saúde e na prevenção de agravos, além da atuação, historicamente instalada, da ação curativa e reabilitadora:

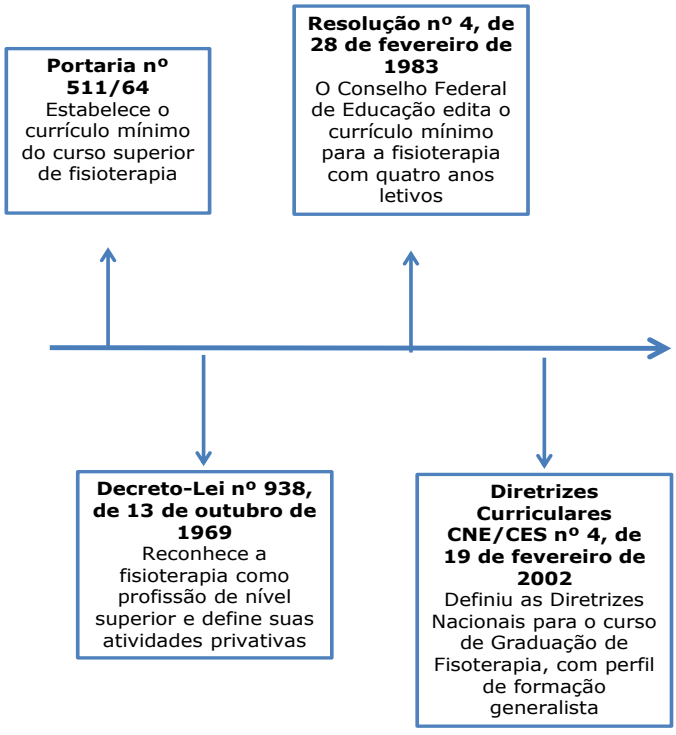
> Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução

> do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

As mais de quatrocentas resoluções do COFFITO, desde sua criação, reconhecem e disciplinam mais de 30 especialidades em fisioterapia, dispõem sobre o ensino e o estágio curricular; fixam e estabelecem os parâmetros assistenciais; fixam e estabelecem o referencial nacional de procedimentos; reelabora novo código de ética e deontologia, entre dezenas de outras atividades, bem como amplia seus conselhos regionais, que eram cinco quando da criação do conselho da categoria e atualmente passam a contar com quinze unidades presentes em todos os estados.

A fisioterapia dispõe da legitimidade social e do amparo legal para cumprir suas atribuições, e, além disso, dispõe de ampla rede de ensino em todo território nacional com características bastante significativas que se repercutem de modo polarizado para a profissão.

Figura 4. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em fisioterapia. Brasil, 1964-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1964-2002

Histórico do ensino de medicina no Brasil

O ensino da medicina no Brasil tem seu marco inicial em 1808, com a chegada da família real portuguesa em Salvador, Bahia, quando foi criada a primeira escola de medicina no Brasil, por determinação do então príncipe regente D. João VI[41].

No ano seguinte (1809) foi fundado, no Rio de Janeiro, o curso de Anatomia e Cirurgia, que veio a ser a segunda escola de ensino da medicina no Brasil, a qual, a partir de 1937, passou a ser denominada como Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Em 1965 passou à Faculdade de Medicina da UFRJ, assim denominada até hoje. Cabe destacar que a escola de cirurgia da Bahia veio a se constituir, em 1965, na então Faculdade de Medicina da Bahia, após passar por inúmeras denominações ao longo do século XIX e XX[41].

Em 1832 as escolas passaram a ser denominadas de Faculdades de Medicina, ampliando o tempo de formação de quatro para seis anos. Durante este período, o ensino da medicina muito se pautava pelas normas e programas das escolas médicas de Paris e essa inspiração da escola francesa durou até aproximadamente o final da segunda guerra (1945), quando então passou a sofrer maior influência do modelo norte-americano (conhecido como modelo Flexneriano)[42].

Ao longo do século XIX já se experimentava importantes avanços na medicina em termos internacionais, onde, sobretudo o modelo europeu passa a ser visto como um modelo de qualidade de ensino para a formação médica.

Em 1895, no contexto internacional de avanços no campo médico, após 89 anos sem a abertura de nenhuma escola de medicina, é criada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, que veio a ser a terceira escola de medicina no Brasil.

Assim, até 1895 só existiam três escolas de medicina no país, localizadas nas regiões: Nordeste, Sudeste e Sul. No cenário internacional, nesse período de virada para o século XX, vale destacar que, em 1905, na França, Alfred Binet e Theodore Simon criaram o teste para medir a inteligência para avaliar o rendimento educacional dos estudantes; e em 1910, nos Estados Unidos, seguia a Avaliação das Escolas Médicas conduzida por Flexner, o que já sugeria que nesses dois continentes se registrava alguma preocupação com a qualidade e a quantidade de instituições de ensino superior[41].

O relatório elaborado por Flexner não só determinou a diminuição quantitativa no aparelho formador americano, como se tornou, em diversos países, inclusive no Brasil, o modelo predominante de todos os currículos das faculdades de medicina. Gerou, portanto, um processo de grande mudança no ensino:

> O equívoco é deixar de compreender o momento em que esta Reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram. Em meu entendimento ela foi absolutamente crucial para o desenvolvimento científico da profissão. Até então, o ensino médico era caótico, com faculdades que formavam em um ano, dois anos, que não exigiam ensino prático. Houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciadas no século passado, mas que tiveram um ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910[43:9].

O Relatório Flexner propiciou o fechamento de diversas faculdades americanas e influenciou a mudança curricular com destaque para as disciplinas das ciências básicas. No Brasil, dois anos depois, era criada a quarta faculdade de medicina: a Faculdade Federal de Medicina do Paraná, região Sul do país.

A virada do século XIX para o século XX pode ser caracterizado como o primeiro "boom" de expansão das escolas de medicina no país, que passou 89 anos sem nenhuma expansão[41].

Em ritmo de expansão, registra-se em 1919 a primeira escola de medicina da região Norte (Universidade Federal do Pará) e a segunda escola de medicina no Nordeste, na cidade de Recife.

Em 1926, foi fundada a faculdade de medicina em Niterói, contabilizando a décima escola de medicina do país, estando assim distribuída, segundo grandes regiões: uma no Norte, duas no Nordeste, duas no Sul e cinco no Sudeste. Analisando o perfil de expansão das escolas na época, nota-se que até então não havia escolas de medicina na região Centro-Oeste e que a região Sudeste representava metade das escolas de medicina do país (cinco das 10 escolas).

Até o fim da década de 1940, existiam no país 13 escolas de medicina, sendo todas públicas, contudo, na década de 1950 é quando se registra o surgimento da primeira escola de medicina de esfera jurídica privada[41].

No cenário internacional, destacam-se, nas décadas de 1950 e 1960, alguns eventos na América Latina considerados marcos relevantes, tais como: o 1º Congresso Pan-americano de Educação Médica (1951, Peru), o 1º Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Chile), a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina (1957, México), o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos e no Canadá (1960), a 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, patrocinada pela Fundação Kellogg (1961, Brasil). Estes eventos e o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos e no Canadá, complementaram o cenário da proposta de transformação do ensino médico e dos modelos de atenção à saúde nos países[41].

No Brasil, a aproximação das faculdades de medicina brasileira com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento influenciou, em certa medida, a criação de hospitais-escola como

campo de treinamento e o surgimento dos departamentos que estavam de acordo com o Relatório Flexner[41,44].

No intuito de oferecer uma educação igualitária como direito de todos foi proposto, pelo então Ministro da Educação Clemente Mariani, o Projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que resultou na primeira LDB, pela Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961. Esta lei foi modificada por algumas emendas e artigos, sendo reformada pelas Leis nº 5.540/68 e nº 5.692/71 e, posteriormente, substituída pela Lei nº 9.394/96[45,46].

A LDB fixa que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas atuais, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, devendo haver prestação de serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade[47].

Entretanto, a LDB é considerada um antecedente importante no cenário educacional, uma vez que define a autonomia universitária como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e programas; planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, bem como para a elaboração da programação dos cursos. Assim, essa lei proporcionou maior autonomia às instituições de ensino[47].

Em 1963 havia, no Brasil, 36 escolas de medicina, predominantemente públicas. As iniciativas de aproximação com organismos internacionais de apoio técnico e com outras agências de financiamento à pesquisa foram intensificadas pelo governo Castello Branco.

No período de 1964 a 1967, ou seja, em apenas três anos, foram criadas mais 10 faculdades de medicina no país, somando 46 escolas de medicina no Brasil ao final desse período, ainda predominantemente

públicas, apesar da já existência de algumas faculdades privadas a partir de 1950. Este processo de expansão, respaldado pela LDB realizou-se de forma descentralizada do ambiente universitário para as faculdades isoladas, predominantemente privadas[41].

Ainda, apesar da grande expansão de escolas médicas durante esse período, não houve regulação dessa expansão onde, esta se deu mais concentrada na região mais rica do país, a região Sudeste[42].

No período do governo militar no Brasil, nota-se o segundo "boom" em expansão das escolas de medicina, sendo criadas entre os anos de 1965 e 1976 mais 39 escolas médicas. Contudo, essa expansão se deu predominantemente via setor privado, onde, das 39 escolas implantadas, 25 eram de esfera privada[41].

Ainda nesse período militar, já havia maior adequação das escolas ao modelo flexneriano e aliado a um contexto de grande desenvolvimento com construção de hospitais de maneira acelerada e inserção de tecnologias de ponta, e consequentemente, uma maior superespecialização médica[42].

Os cursos de medicina passaram a adotar gradualmente o modelo americano, modificando a lógica dos currículos ao estabelecer a divisão em dois ciclos separados: ciclo básico e o ciclo profissionalizante[42].

Na década de 1970 já se notava a preocupação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)[1] com a formação curricular das escolas médicas na época. Alguns dos temas dos seus congressos pareciam questionar os rumos da educação médica: planejamento do ensino médico (1970); a expansão das escolas (1971); o ensino médico e a previdência social (1972); a pós-graduação no ensino médico (1973); o ensino médico e a previdência social – o internato (1974); o ciclo

[1] A ABEM foi criada em 1962 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. As Reuniões Anuais aconteceram de 1963 até 1975; a partir de 1976, receberam a denominação de Congresso Brasileiro de Educação Médica.

básico: comum ou diferenciado, o ambulatório, a residência médica (1975); a medicina comunitária – regionalização docente-assistencial (1976); o ensino da disciplina básica – ensino de clínica médica (1977); o médico de família – formação ética do médico (1978); a experiência de novos modelos de formação (1979)[41].

Destaca-se também nesse período a tensão entre as entidades de classes e os dirigentes ou as próprias congregações das faculdades de medicina, no que tange à implantação das alterações curriculares. Todas as experiências anteriores para a realização de reformas curriculares de acordo com os reais interesses da população fracassaram por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das escolas médicas[41,48].

Neste contexto, em 1980, existiam 76 escolas de medicina no Brasil, sendo 42 destas localizadas na região Sudeste.

No espaço educacional, com especificidade para o desenvolvimento do ensino médico, estudos[42,49] resumem a compreensão das características das últimas décadas do século XX no que tange a educação médica: a década de 1960, como a década de expansão do ensino médico; a de 1970, como a década do fortalecimento dos conceitos; a de 1980, das denúncias; e a de 1990, como sendo a década com destaque para a necessidade de avaliação da educação médica.

Ainda na década de 1980, destaca-se a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980)[2] e o lançamento do PREVSAÚDE (1980). No âmbito da Previdência foram criados na mesma época, em 1981, o CNS e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP). Estes conselhos pretendiam reorganizar a atenção médica, realocar

[2] A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, teve como principais propostas a ampliação dos serviços básicos de saúde por meio do PREVSAÚDE.

recursos e controlar custos onde o setor privado concentrava aproximadamente metade do total dos empregos em saúde[41].

O Plano CONASP e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontaram, em 1982, o início do olhar da esfera pública para a atenção primária como porta de entrada de um sistema com referência e contrarreferência.

Entre 1980 e 1985 houve uma inflexão com relação à abertura de novas escolas médicas, pois no início dessa década foi proibida a abertura de novos cursos de medicina no país.

A aproximação, em 1986, das escolas médicas com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da assinatura do convênio para o financiamento dos hospitais universitários, fortaleceu ainda mais a centralização do ensino médico dentro do ambiente hospitalar: "a prática médica continuava predominantemente curativa, sofisticada, especializada, excludente e sem preocupação em alterar o perfil de morbimortalidade, das doenças evitáveis"[41:119].

No bojo dos acontecimentos dos finais da década de 1980 e início de 1990, cita-se a promulgação da Lei 8.080/90 que ampliou o arcabouço jurídico do SUS ao regulamentar as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organizar o funcionamento dos serviços. Nesta legislação, aparece no artigo 6º a ordenação da formação de recursos humanos no setor saúde, enquanto campo de atuação do SUS[41,50].

A partir dessa legislação em vigor estavam previstas todas as condições para que o ensino da medicina no país começasse uma nova fase de integração das agendas do MS e do MEC, reivindicadas por atores que sempre tiveram o entendimento de que a interface entre a saúde e a educação é inquestionável[41].

Em 20 de dezembro de 1996, foi fixada a Lei nº 9.394, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, reformulando e revogando alguns aspectos da LDB/61. Esta passa a ser a legislação mais recente no que tange à regulamentação das bases da educação nacional, onde permanece o princípio de autonomia universitária, tal como na LDB de 1961[46].

Outro ponto relevante dessa nova LDB é o fato de que esta passa a apresentar uma perspectiva de organização de trajetórias de formação com fundamento em diretrizes gerais e não mais em "currículos mínimos", representando um caminho para a flexibilização curricular, para a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar.

As tentativas pouco exitosas de implantação de currículos mínimos para o curso médico motivaram a comunidade acadêmica, a sociedade civil e o MEC e MS a construir uma agenda política, que resultou na aprovação, em 2001, das diretrizes curriculares para os cursos de medicina no país.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde estão inscritas sob o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001[51]. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina estavam contidas na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, aprovada em 07 de agosto de 2001[52].

Assim, o Parecer do CES nº 1.133, de agosto de 2001, instituiu as DCN para medicina, a serem observadas na organização curricular das instituições do sistema de educação superior do país. A redação do Parecer, assim determina, "[...] as diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior" e visa assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, devendo "[...] estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões)

curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional"[51].

Segundo o Parecer 1.133/2001 do CNE, as DCN têm por objeto:

> permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referencias nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira[51].

Por objetivo tem-se:

> levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades[51].

Cabe destacar que, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

As DCN, no entanto, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia.

As DCN de 2001 sugerem um perfil de médico com formação:

> "generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano"[52].

Considera-se a implementação das DCN um marco importante no que se refere à articulação entre o MEC e o MS, onde, antes era praticamente inexistente esta articulação para as definições políticas. No contexto dessa articulação, em vista da necessidade de reorientação da formação, outras iniciativas e programas são implementados, tais como: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), em 2002, e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), em 2005.

Nesse mesmo contexto recente de mudanças no cenário da formação médica no país, foi aprovado em 03 de abril de 2014 o Parecer CES/CNE n° 116/2014, que institui as novas DCN paras os cursos de medicina do país. A criação das novas diretrizes se apoia e toma por base: a Lei nº 8.080/90[52], Lei nº 9.394/96[46], Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001[52] e a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM)[53].

Assim como nas DCN de 2001, as novas DCN defendem que o graduado em medicina deverá ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Apesar de trazer em seu bojo muitos dos conceitos já tratados na diretriz de 2001, a nova diretriz buscou aprofundar a discussão de conceitos como "competências" e "habilidades", propondo ainda a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico. Para tanto, a

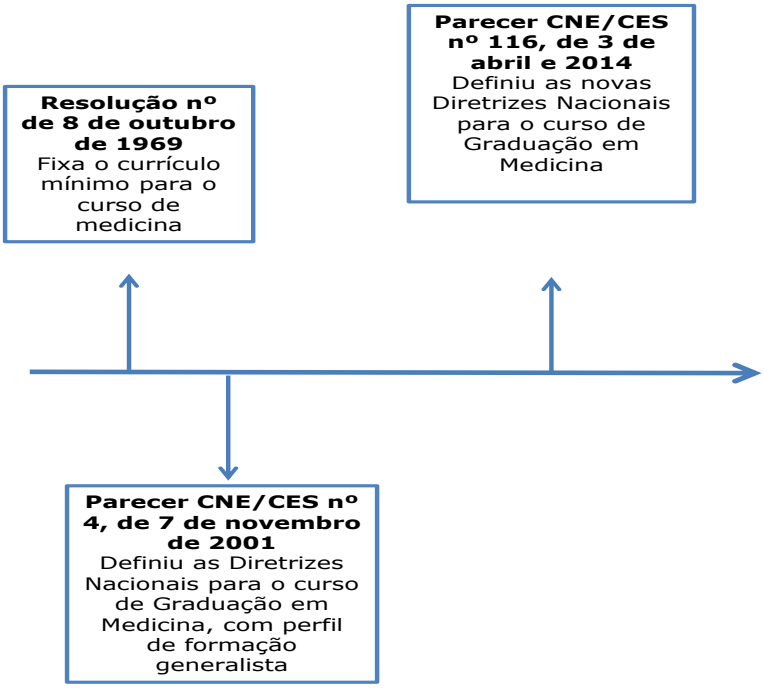
formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas em três áreas: (1) Atenção à Saúde; (2) Gestão em Saúde; e (3) Educação em Saúde.

Nas novas DCN, o conceito de "competência" se refere à capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS[54].

As atuais diretrizes trazem ainda como diferencial o detalhamento das três áreas e subáreas, o que por um lado poderá facilitar a mudança curricular nos mais diversos cursos. Outro diferencial é que, apesar de manter o internato com duração de dois anos, este deverá ter no mínimo 30% de sua carga horária total dedicada à atuação na atenção básica, além dos serviços de urgência e emergência do SUS, devendo predominar a atenção básica. As atividades do regime de internato voltadas para a atenção básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina de Família e Comunidade[54].

Sem dúvidas, as atuais DCN, assim como algumas iniciativas anteriores, buscam findar com a até então fragmentação dos currículos, desarticulação entre teoria e prática e ênfase excessiva no componente biológico do processo de adoecer.

Figura 5. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em medicina. Brasil, 1964-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1964-2002

Histórico do ensino de nutrição no Brasil

O ensino da nutrição no Brasil iniciou-se enquanto prática técnica de nível médio, voltada inicialmente para a administração de restaurantes mantidos pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), criado em agosto de 1940 (Decreto nº. 2.478, de 5.8.1940). Anos mais tarde seria incorporada ao setor hospitalar.

Segundo o Decreto n. 10.617, de 24 de outubro de 1939, em seu artigo 3º, "o curso de nutricionista terá a duração de um ano letivo e compor-se-á de uma parte teórica complementada por demonstração e exercícios práticos de cozinha e laboratórios".

No Brasil, a regulamentação da profissão de nutricionista ocorreu em 24 de abril de 1967, quando foi sancionada pelo então Presidente da República, General Artur da Costa e Silva, a Lei nº 5.276, que dispõe sobre a profissão de nutricionista e regula seu exercício profissional[55].

Esse instrumento legal vigorou até 17 de setembro de 1991, quando foi revogado pela Lei nº 8.234. A trajetória de organização, mobilização e luta pela regulamentação e legitimidade da profissão de nutricionista no País teve seu início no final da década de 1930 e primeiros anos da década de 1940, em pleno decorrer do chamado Estado Novo (1937-1945), liderado pelo Presidente Getúlio Vargas. Nesse contexto histórico, identificado como um momento de transição político-econômica e social que propiciou as bases para a consolidação da sociedade capitalista urbano-industrial no país, foram criados, em 1939, os cursos técnicos de nível médio para formação de nutricionistas-dietistas, embriões dos atuais cursos de graduação em nutrição.

O reconhecimento da profissão como de nível superior só ocorreu 23 anos depois da criação dos dois primeiros cursos técnicos de nível médio, quando o então CFE emitiu o Parecer nº 265, de 19 de outubro

de 1962. O referido parecer reconhecia os cursos de nutricionistas como de nível superior, estabelecia o primeiro currículo mínimo e fixava a duração de três anos para a formação de nutricionistas no país.

Na luta pelo reconhecimento da profissão como de nível superior, vale destacar o importante papel desempenhado pelos seis cursos até então existentes e pela Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN). A ABN, fundada em 31 de agosto de 1949, sediada no Rio de Janeiro, além de seu caráter técnico-científico e cultural, voltado ao desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da nutrição, passou a ser a primeira entidade brasileira a representar e a defender os interesses dos nutricionistas/dietistas. Em decorrência, no Brasil, em 31 de agosto, comemora-se o dia do nutricionista.

Na década de 1970, dois importantes fatos históricos relacionados à profissionalização do nutricionista brasileiro merecem ser destacados. O primeiro diz respeito à fixação, pelo CFE, em 1974, do segundo currículo mínimo dos cursos de nutrição, que estabelecia uma carga horária total de 2.880 horas a ser integralizada em quatro anos. O segundo é a aprovação da Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula seu funcionamento, e dá outras providências. Com a aprovação da referida lei, os nutricionistas brasileiros passam a dispor de um órgão específico com a finalidade de fiscalizar o exercício da profissão, organizar, disciplinar e desenvolver a categoria e lutar pelos seus interesses. Ao final dos anos 1970, também teve início o processo de criação das associações profissionais (ou pré-sindicais), que deram origem aos Sindicatos de Nutricionistas em vários estados brasileiros, entidades responsáveis a partir de então pela defesa das questões trabalhistas relacionadas ao mercado de trabalho desses profissionais (salário, jornada e demais condições de trabalho).

O processo histórico de evolução da profissão de nutricionista no Brasil teve seu início em outubro de 1939, quando foi criado o atual curso de graduação em nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. Na década de 1940, foram criados mais três cursos para formação de nutricionistas: os atuais cursos de graduação em nutrição da UNIRIO (1940), curso de graduação em nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (1944) e curso de graduação em nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro UFRJ (1948).

Vale ressaltar que informações disponíveis na Internet põem em discussão a questão da primazia da instituição que desencadeou tal processo. Fontes documentais reunidas no Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza atestam que o processo histórico de evolução da profissão de nutricionista no Brasil teve seu início em março de 1939, com a criação dos Cursos Técnicos em Nutrição e Dietética na Superintendência do Ensino Profissional do Estado de São Paulo.

Por outro lado, informações disponíveis na página eletrônica da UNIRIO atestam que essa instituição teve o privilégio de ser pioneira no País em matéria de alimentação com base científica, a partir da criação, em 1939, do Curso Técnico de Auxiliares de Alimentação da Escola Central de Nutrição do então Estado da Guanabara, embrião dos atuais cursos de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (1956), curso de graduação em nutrição do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (1957) e curso de graduação em nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF) (1968).

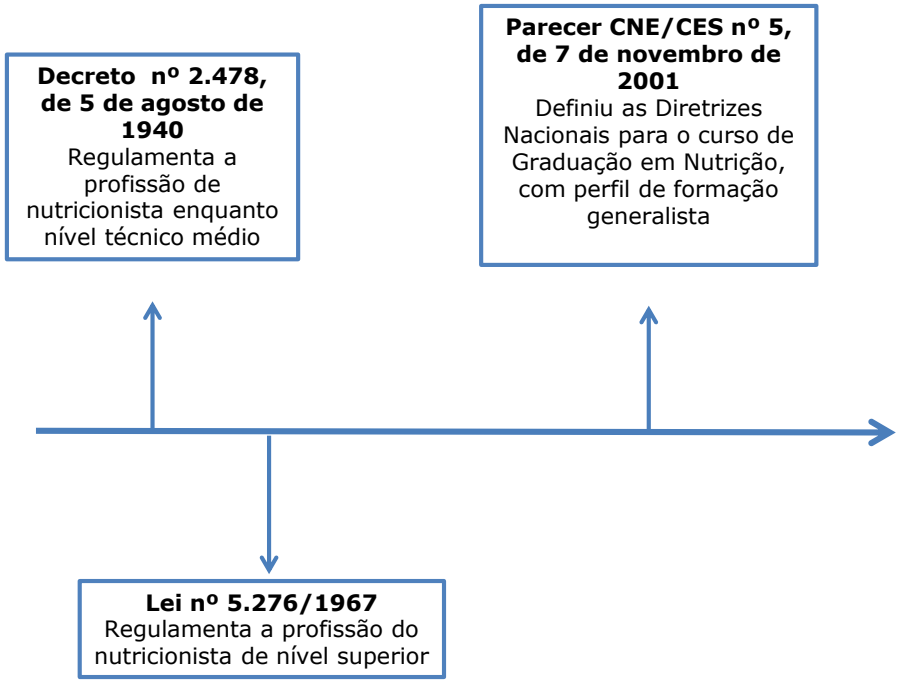
Assim, ao final da década de 1960 e início de 1970, existiam sete cursos para formação de nutricionistas no Brasil, todos vinculados a instituições públicas, ofertando cerca de 570 vagas anuais. Na década

de 1970, sobretudo a partir de 1976, com a instituição do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN), desenvolvido sob a coordenação do então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia vinculada ao MS, verificou-se um acelerado processo de criação de novos cursos para formação de nutricionistas no Brasil.

Nesse sentido, uma vez que uma das diretrizes do II PRONAN consistia em estimular o processo de formação e capacitação de recursos humanos em nutrição, no período de 1970 a 1981, expandiu-se de sete para 30 (21 públicos e nove privados) o número de cursos de graduação em nutrição existentes no país, o que representou um aumento de 428,6%. No período entre 1981 e 1996, o número de cursos passou de 30 para 45 (22 públicos e 23 privados), representando uma expansão de 642,9% em relação ao ano de 1970, sendo esse aumento quase que exclusivamente determinado pela criação de 14 novos cursos privados.

A partir de 1996, com a instituição da LDB, o processo de ampliação do número de cursos tem sido assustador. Essa expansão tem sido concentrada quase exclusivamente no setor privado, muito embora a partir de 2003 tenha ocorrido uma ligeira expansão do número de cursos e vagas nas instituições públicas de ensino superior.

Figura 6. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em nutrição. Brasil, 1964-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1964-2002

Histórico do ensino de odontologia no Brasil

O ensino de odontologia no Brasil tem seu marco inicial em 1856, com a primeira regulamentação do exercício profissional. A regulamentação se deu através do Decreto nº 1764, porém não significou que este seria cumprido, uma vez que não alterou a situação do pequeno número de dentistas, que preferiam a ilegalidade a passar pela burocracia existente, mantendo o formato da odontologia ensinada tipo *mestre-aprendiz*[56].

> À época da regulamentação da profissão, em 1856, os "práticos" aprendiam seu ofício com o mestre–artesão e atendiam aos segmentos menos favorecidos da população. A população mais abastada era assistida por dentistas com formação universitária, principalmente franceses ou nativos formados no exterior que recebiam o título de cirurgião dentista da Casa Imperial[57].

Nessa época a população mais abastada era assistida por dentistas com formação universitária, principalmente franceses ou nativos formados no exterior, que recebiam o título de cirurgião dentista da casa Imperial[57].

A odontologia no Brasil teve forte influência no ensino de países como França e Estados Unidos da América.

A educação formal do ensino de odontologia iniciou em 1879, através do Decreto nº 7.247 para primeira regulamentação da formação profissional, com a introdução da disciplina chamada "Cirurgia dentária". Assim como outras profissões de saúde a odontologia seguia um segmento dentro das faculdades de Medicina. As escolas se organizavam a sombra dos cursos de medicina, sem dar importância aos aspectos científicos da profissão baseado o ensino na prática.

Em 1882 foi criado o primeiro curso de Odontologia na Bahia com duração de dois anos, vinculado à faculdade de Medicina. Novas exigências sociais se impuseram no contexto político-econômico que se estruturaram em torno da cultura do café e do desenvolvimento

industrial nascente, entre o final do século XIX e início do século XX. Nesse cenário, em 11 de fevereiro de 1899, fundou-se a primeira Faculdade de Odontologia do estado de São Paulo, de iniciativa privada, A Escola Livre de Farmácia e Odontologia – a qual seria incorporada à USP na década de 1930.

A criação da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas em 1906 voltada para a regulamentação da profissão, na luta da categoria pelo monopólio do exercício profissional, afirmava sua identidade universitária. Esse processo acabou estimulando a expansão da rede privada de ensino e suscitando críticas quanto ao seu caráter mercantil.

Com a influência do Relatório "*Dental education in United States and Canada",* tendo como referência a área médica, defendia-se a constituição de um curso independente que se inscrevia que se inscrevia em um movimento contra a ignorância, a comercialização do ensino e o charlatanismo. Acentuava a relação entre as duas áreas (Medicina e Odontologia) e o compromisso de ambas com a saúde pública, e preconizava a formação fundamentada na ciência, com adequado treinamento, incluindo o ensino nas áreas básicas, o curso comportaria três anos de treinamento e um ano, opcional, de especialização, o que daria condições para o desenvolvimento tecnológico-científico da prática profissional[57].

Em 1931, através do Decreto 19.851, é regulamentada a duração de três anos para os cursos de medicina. Em 1933, os cursos de Odontologia desvinculam-se das Faculdades de Medicina.

Em 14 de novembro de 1930, o Decreto nº 19.402 instituiu o Ministério da Educação e Saúde Pública e definem-se as diretrizes para a organização dos cursos superiores. Em 1º de abril de 1931, o Decreto nº 19.851 fixou em três anos a duração da graduação em odontologia, exigindo o curso ginasial como requisito para o ingresso. No mesmo

ano, em 06 de julho, o Decreto nº 20.179 definiu o currículo mínimo da odontologia no Brasil.

No ano de 1934 foi criado o Sindicato Odontológico Brasileiro com sede no Rio de Janeiro; e a USP- marco histórico e um salto qualitativo nos rumos do ensino odontológico do país.

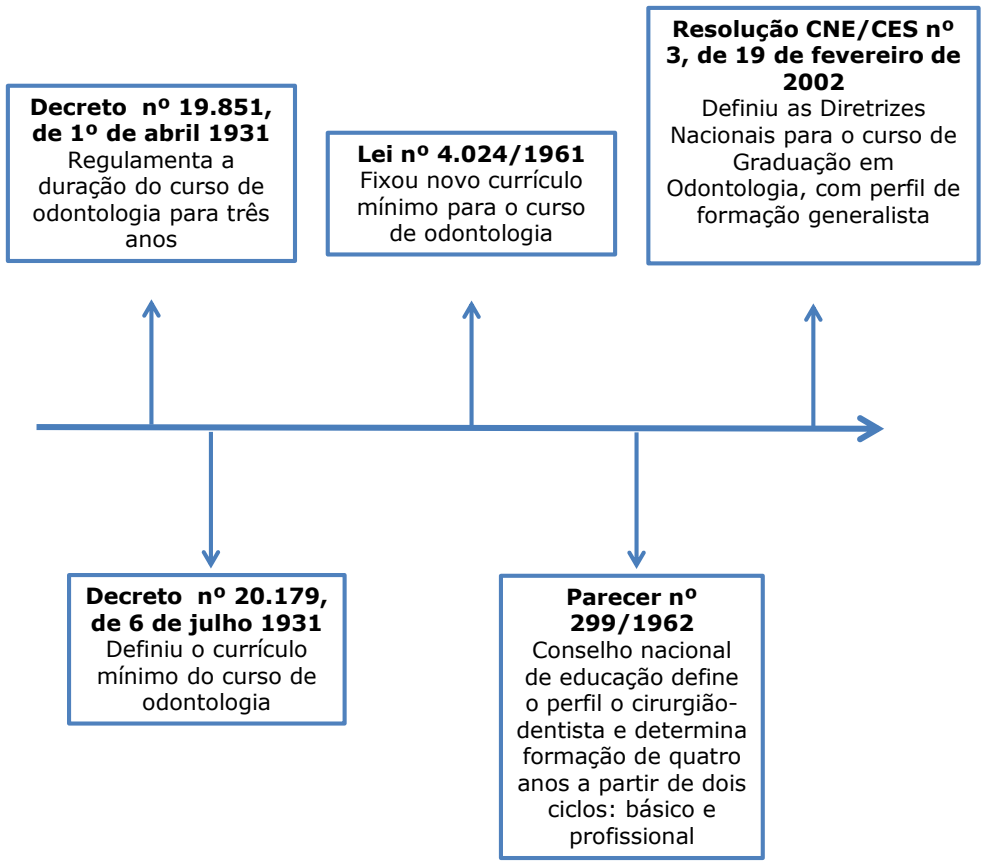
A Lei nº 4024 de 1961 fixou o currículo mínimo do curso de Odontologia. No ano seguinte, 1962, o Parecer 299 do CNE definiu o perfil do cirurgião-dentista (dentista geral, policlínico, destinado à coletividade), formação em quatro anos dividindo-se em ciclo básico e profissional (cada um com duração de dois anos).

Novas disposições impulsionaram o movimento de expansão do ensino público em São Paulo, com a criação dos institutos isolados de ensino superior, mantidos pelo governo do estado, que incorporaram as faculdades privadas de odontologia.

Em 1964 foi criado o Conselho Federal de Odontologia e dos conselhos regionais. Em 1968 deu-se a Reforma Universitária – autonomia universitária, instituição de regimes de créditos, da matrícula por disciplinas, cursos de curta duração de organização e racionalização da estrutura de funcionamento.

A LDB foi criada em 1996, estabelecendo as principais normas de estruturação do ensino brasileiro, extinguindo os currículos mínimos e estabelecendo as DCN. Em 4 de março de 2002 são aprovadas as DCN para os Cursos de Graduação de Odontologia.

Figura 7. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em odontologia. Brasil, 1931-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1931-2002

Histórico do ensino em psicologia no Brasil

O ensino de Psicologia, no Brasil, como disciplina autônoma teve início a partir da segunda metade do século XIX. Anteriormente, a '*psychologia*' apresentava-se como objeto de estudo e de ensino no campo de áreas teóricas como Filosofia Direito, Medicina, Pedagogia, Teologia. No início do século XIX, a Psicologia foi ensinada na Faculdade de Direito de São Paulo como parte de uma ciência do homem mais abrangente, cujo fundamento estaria na fisiologia ou física da natureza humana. Nos seminários Episcopais e nas escolas de formação religiosa, a Psicologia aparece como disciplina especulativa, parte da metafísica, ou como conhecimento prático do comportamento humano no âmbito da teologia moral[58].

Na segunda metade do século XIX, a Psicologia tornou-se disciplina obrigatória nas escolas normais em instituições que tinham como objetivo formar um corpo docente competente e adequado às necessidades do sistema educacional brasileiro. Seus alunos eram instruídos a partir de uma metodologia científica de ensino, inspirada nos modelos europeus e norte-americanos. Com as escolas normais, iniciou-se a "era normalista", que precedeu a era universitária no ensino da Psicologia[59,60].

A seguir apresenta-se uma série histórica do ensino e da formação do psicólogo no Brasil.

1890 - A Reforma Benjamin Constant amplia a incorporação da disciplina de psicologia nas grades curriculares das escolas normais fundamentada na psicologia experimental recém-surgida no Instituto Pedagogium, órgão central de coordenação das atividades pedagógicas do país[61].

1893 - A Escola Normal de São Paulo torna a disciplina de psicologia obrigatória.

1906 – Criado Laboratório de Psicologia Experimental no Instituto Pedagogium.

1919 – Extinto o Instituo Pedagogium.

1923 - Criação do Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro transformado, em 1931, no Instituto de Psicologia do Ministério da Educação e Saúde Pública[62].

1928 - A disciplina de psicologia torna-se obrigatória em todas as escolas normais no país.

1931 – Criado Instituto de Psicologia do Ministério da Educação e Saúde Pública.

1932 – Anísio Teixeira transforma a Escola Normal do Rio de Janeiro no Instituto de Educação onde a disciplina de psicologia nos cursos de especialização e aperfeiçoamento para diretores orientadores de ensino[63].

1931 – Criada a Escola Superior de Psicologia sob a direção do polonês Waclaw Radeki, fechado menos de um ano depois em função da escassez de recursos financeiros, além da pressão de grupos médicos e católicos.

1933 - O Instituto de Psicologia do Ministério da Educação e Saúde Pública foi reaberto e incorporado, quatro anos mais tarde, à Universidade do Brasil, atual UFRJ.

1934 – O Laboratório de Psicologia Educacional do Instituto de Educação é incorporado à cátedra de Psicologia Educacional e a Psicologia torna-se disciplina obrigatória dos cursos de Filosofia e Ciências Sociais e Pedagogia e em todos os cursos de licenciatura. A inserção da psicologia nos diversos cursos universitários foi denominada de período universitário da psicologia entre 1934 a 1962.

1953 – Criação do Anteprojeto de lei referente à regulamentação da profissão dos "psicologistas" elaborado pela Associação Brasileira de Psicotécnicos (ABP) e pelo Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP) da Fundação Getúlio Vargas (FGV)[7]. No mesmo ano foi o primeiro curso superior autônomo de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica (PUC/RJ);

1958 – Criação do Anteprojeto de lei nº 3.825 elaborado pelo MEC em substituição ao anterior, mas que não foi aprovado pelo desentendimento entre corporações de médicos e de psicólogos que reivindicavam a exclusividade do exercício profissional. Nesse ano a USP criou o curso de Psicologia da instituição;

1962 – Lei nº 4.119 regulamenta a profissão e o ensino de psicologia; o CNE emite o Parecer nº 403/62 que fixa o currículo mínimo e a duração dos cursos de psicologia: nível bacharelado com duração de quatro anos centrado na formação do pesquisador; nível licenciatura com duração de quatro anos e voltado para a formação do professor de psicologia e nível de formação de psicólogo com duração de cinco anos dirigidos à formação de profissional[64,65].

1966 – Criado o primeiro curso de mestrado em Psicologia na PUC/RJ.

1968 – Criado o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRP) e o primeiro curso de doutorado em Psicologia na USP.

1988 – CFP lança estudos sobre a profissão como "*Quem é o psicólogo brasileiro?*", um diagnóstico da profissão no Brasil.

1992 – I Encontro de Coordenadores de cursos de graduação em Psicologia.

1994 – CFP lança novos estudos sobre a profissão: "*Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*" e "*Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*".

1996 – a LDB é instituída e cria a Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia e Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE);

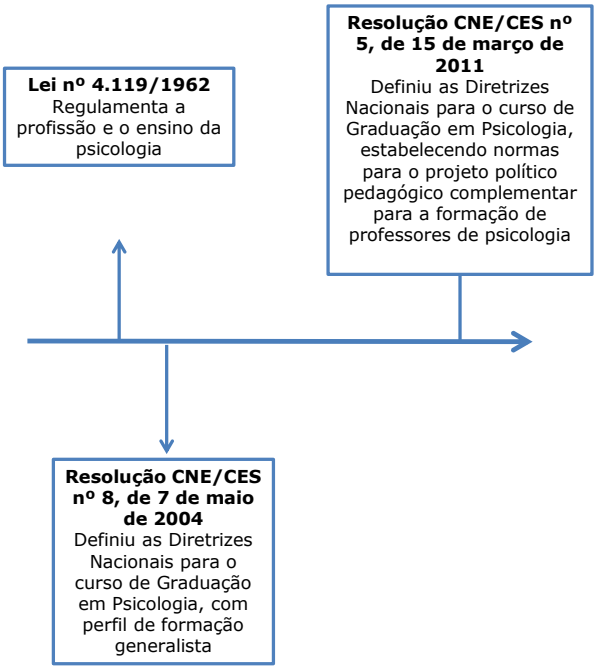
1998 – Criada a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP);

2004 – Resolução nº 8, de 12 de maio de 2004, define as DCN para os cursos de Psicologia;

2006 – Os cursos de Psicologia participam do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE);

2011 - Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011, institui as DCN para os cursos de graduação em psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.

Figura 8. Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em psicologia. Brasil, 1964-2002



Fonte: Legislação brasileira, 1964-2002

Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Saúde

Sistema educacional brasileiro

A educação no Brasil, segundo o que determina a Constituição Federal (CF) de 1988[66], deve ser gerida e organizada separadamente por cada nível de governo. Há, portanto, no Brasil quatro tipos de sistemas de ensino: Federal, Estaduais, Distrital e Municipais, que devem ser geridos e organizados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respectivamente. Cada um desses sistemas educacionais públicos é responsável por sua própria manutenção, que gere fundos, bem como os mecanismos e fontes de recursos financeiros.

Os órgãos responsáveis pela educação, em nível federal, são o MEC e o CNE. Em nível estadual, Secretaria Estadual de Educação (SEE), o Conselho Estadual de Educação (CEE), e a Delegacia Regional de Educação (DRE) ou Subsecretaria de Educação. E, por fim, em nível municipal, a Secretaria Municipal de Educação (SME) e o Conselho Municipal de Educação (CME).

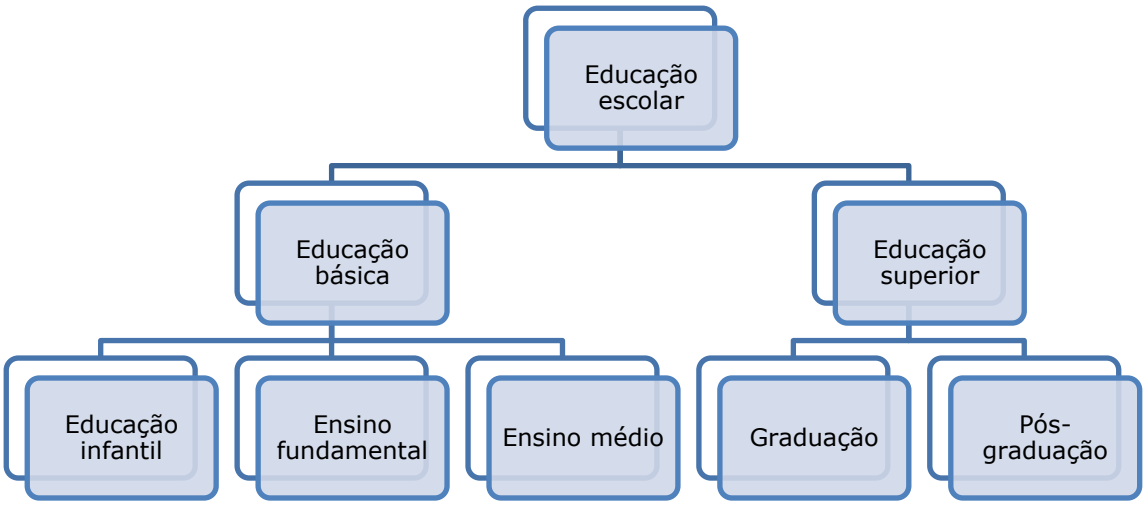
No Brasil, as instituições de ensino podem ser públicas, criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público; ou privadas, mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

A Lei de nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as LDB[67], é a que estabelece a finalidade e a organização da educação no Brasil, com base nos princípios presentes na CF. Segundo esta lei, "a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de

ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais".

A educação escolar, no Brasil, se estrutura em dois níveis escolares: (i) educação básica, que agrega a educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; e (ii) educação superior. Vide Figura 9.

Figura 9. Estrutura da educação no Brasil. Brasil, 2014



Fonte: LDB; 1996, atualizada em 2013[67].

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança de até 05 anos, e é oferecida em creches, para crianças de até 03 anos, e pré-escolas, para crianças de 04 a 05 anos de idade; com carga horária mínima de 800 horas anuais.

O ensino fundamental, segunda etapa da educação básica, tem duração de 09 anos, com início a partir dos 06 anos de idade. O ensino médio, por sua vez, terceira etapa da educação básica, tem duração mínima de três anos.

A LDB ainda prevê outras modalidades de ensino, quais sejam: (i) educação de jovens e adultos (EJA), que é destinada àqueles que não

tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria, com vistas a garantir a conclusão do ensino fundamental, para os maiores de quinze anos; e ensino médio, para os maiores de dezoito anos; (ii) educação especial, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação; e (iii) educação profissional técnica, que objetiva a formação de profissionais para o mercado de trabalho com habilitação de nível médio, e deve ser desenvolvida em articulação ao ensino médio regular ou subsequentemente, para aqueles que já tenham concluído o ensino médio regular.

A educação superior abrange cursos de (i) graduação, para aqueles que tenham concluído o ensino médio, podendo-se optar pelo bacharelado, licenciatura ou formação tecnológica; e (ii) pós-graduação, para aqueles que tenham concluído a graduação, e que compreende programas na modalidade *lato sensu* (especialização, residência profissional, *Master of Business Administration* – MBA) e *stricto sensu* (mestrados e doutorados).

O acesso aos cursos públicos de nível superior, no Brasil, se dá por meio de vestibular ou Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). O vestibular é uma prova formulada pela própria instituição que a aplica e oferece as vagas. Contêm questões de múltipla escolha, numa primeira fase, que abrange todas as matérias (disciplinas) de nível médio e, numa segunda etapa, questões abertas apenas das duas disciplinas que tem maior ênfase no curso superior de escolha do candidato (exemplo: medicina – biologia e química) e redação. O ENEM, por sua vez, é um conjunto de provas de caráter unificado, formulado e aplicado pelo MEC, que contém questões de múltipla escolha de todas as disciplinas do ensino médio e redação. Algumas instituições utilizam apenas o vestibular como mecanismo de entrada; outras apenas o ENEM, e há ainda aquelas que utilizam as duas provas. As instituições de ensino superior privadas geralmente adotam um

método simplificado que pode abranger provas ou apenas histórico escolar.

Cursos de graduação em saúde

No Brasil, atualmente são consideradas 14 as profissões da saúde pelo CNS[68], quais sejam: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Tais profissões são regulamentadas por leis federais ordinárias específicas para cada profissão. Essas leis estabelecem o campo de atuação da profissão e delegam a autarquias, Conselhos Federais de cada profissão, o registro dos profissionais, a determinação do código de ética profissional e a fiscalização do exercício. Todas as profissões da saúde, citadas acima, possuem conselho regulador específico. Entre eles, um exerce fiscalização sobre duas profissões: COFFITO.

Especificamente, nesta pesquisa, serão objetos de estudo apenas os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde

A CF de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, assegura diversas garantias constitucionais, com o objetivo de dar maior efetividade aos direitos fundamentais, com destaque para os vários aspectos que garantem o acesso à cidadania, além de tornar responsabilidade do Estado o direito do povo à educação e à saúde.

Dado esse contexto, as Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 foram elaboradas no intuito de garantir o que preceitua a Carta Magna. Desse modo, a educação, em todos os seus níveis, deve ser

garantida por mecanismos que respeitem as premissas constitucionais e as políticas públicas instituídas nela.

Nesse contexto, a formação de profissionais de saúde deve ser baseada não apenas no que especifica a LDB, mas também no sistema nacional de saúde instituído no âmbito da CF de 1988, que é responsável por ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Nessa perspectiva, imprimiu-se a necessidade de mudanças nos currículos de cursos técnicos e de ensino superior da área da saúde.

A LDB, em seu Art. 207, não arbitra com especificidade sobre os cursos das diferentes áreas, no entanto conferiu à Câmara de Educação Superior (CES) do CNE a competência para "deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação" e; atribuiu às universidades "a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas, desde que observadas às diretrizes gerais pertinentes" elaboradas pelo CNE.

Assim, em 1997, o CNE aprovou o Parecer 776, em 3 de dezembro de 1997[69], com o propósito de estabelecer orientações gerais a serem observadas na formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação no Brasil.

Segundo esse parecer, "as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente", e devem ser respeitadas por todas as IES.

Os princípios estabelecidos por este parecer para a elaboração das diretrizes curriculares foram:

- Liberdade às IES para compor a carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, e para especificar as unidades de estudos a serem ministradas;
- Indicar os campos de estudo de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas;
- Evitar a ampliação desnecessária da duração dos cursos de graduação;
- Incentivar uma formação generalista sólida, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- Estimular práticas de estudo independente, objetivando a autonomia profissional e intelectual do aluno;
- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente estudantil;
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados.

Em 2001, o CNE, considerando os princípios por ele estabelecidos no Parecer 776/93, e no Plano Nacional de Educação estabelecido pela Lei nº 10.172, de janeiro de 2001[70], aprovou o Parecer 583/2001, que atualiza as orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, especificando que estas devem contemplar:

- Perfil do formando/egresso/profissional;
- Competência/habilidades/atitudes;
- Habilitações e ênfases;
- Conteúdos curriculares;
- Organização do curso;
- Estágios e atividades complementares;

- Acompanhamento e avaliação.

Considerando tais princípios, foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Gerais dos Cursos de Graduação, por curso, observando-se os contextos e paradigmas considerados segundo a área de conhecimento. As DCN dos Cursos de Graduação da Saúde foram promulgadas entre os anos de 2001 e 2004, como aponta o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Cursos de graduação em saúde com respectiva legislação que estabeleceu as respectivas Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2001-2004

Curso de graduação	Legislação de aplicação
Biomedicina	Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de fevereiro de 2003
Ciências Biológicas	Resolução CNE/CES nº 7, de 11 de março de 2002
Enfermagem	Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001
Educação Física	Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004[a]
Farmácia	Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002
Fisioterapia	Resolução CNE/CES nº4, de 19 de fevereiro de 2002
Fonoaudiologia	Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002
Medicina	Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001[b]
Medicina Veterinária	Resolução CNE/CES nº 1, de 18 de fevereiro de 2003
Nutrição	Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001
Odontologia	Resolução CNE/CES nº3, de 19 de fevereiro de 2002
Psicologia	Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004[c]
Serviço Social	Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002
Terapia Ocupacional	Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

[a]Alterada pela Resolução CNE/CES nº 7, de 4 de outubro de 2007; [b]Alterada pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014; [c]Alterada pela Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011.

Na sequência, apresenta-se um quadro sintético com os aspectos contemplados nas DCN dos cursos de saúde a fim de investigar a adequação delas segundo os princípios e orientações do CNE para a elaboração das DCN dos cursos de graduação.

É preciso esclarecer que as DCN das 14 profissões da área da saúde, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, possuem estrutura base similar, portanto, o Quadro 3 se alicerça nessa premissa. Análise das especificidades será apresentada mais adiante.

Quadro 3. Aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde segundo eixos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Educação para elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Brasil, 2001-2004

Eixos	Conteúdo das DCN da saúde
Perfil do egresso	Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde
Competência / habilidades	A formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente. A formação deve atender ao sistema de saúde vigente e as necessidades sociais da saúde e, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência.
Habilitações e ênfases	Apresentadas as habilidades específicas para cada curso em todas as DCN, com ênfase no reconhecimento do direito à saúde, na atuação técnica e científica na promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.
Conteúdos curriculares	Os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos que permeiam todas as DCN são: Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Humanas e Sociais.

Continua...

...continuação

Organização do curso	A estrutura dos cursos deverá assegurar: a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência; as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar; a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação; o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e a articulação da graduação com a licenciatura.
Estágios e atividades complementares	Todas as DCN estabelecem que o curso deve oferecer, além dos conteúdos de cunho teórico e prático, estágios supervisionados dentro ou fora da instituição de ensino, a depender do curso e; atividades complementares. As instituições de ensino superior deverão ainda criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.
Acompanhamento e avaliação	As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares, utilizando metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela instituição de ensino a qual pertence.

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

Em se tratando dos aspectos gerais, todas as DCN dos cursos de graduação em saúde obedecem aos princípios norteados pelo CNE para a elaboração das diretrizes dos cursos de graduação no Brasil.

As especificidades das DCN dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia estão apresentadas no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4. Aspectos específicos das DCN dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasil, 2001-2002

Eixos	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Perfil do egresso	Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.	Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.	Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Continua...

...continuação

Eixos	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Competência / Habilidades gerais (Idem para todas as categorias)	**Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.		
Competência/ Habilidades Específicas	O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas contextualizadas que permitam: · atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; · incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; · estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a	· Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; · Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; · Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; · Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção,	O Curso de Graduação em Odontologia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para: · respeitar os princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional; · atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando;

	estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; · desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; · compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; · reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; ·atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; · ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; · reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; · atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;	tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação; · Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico; · Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-socio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução; · Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica; · Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral; · Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos; · Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;	· atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; · reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; · exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social; · conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos; · desenvolver assistência odontológica individual e coletiva; · identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios bucomaxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle; · cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios; · promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;

	· responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; · reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; · assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde. · promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; · usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem; · atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; · identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; · intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela	· Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; · Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; · Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte; · Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico; · Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos; · Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;	· comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações; · obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente; · aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade; · analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas; · organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente. · aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade; · participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações; · participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;

	qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; · coordenar o processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde; · prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; · compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários; · integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais; · gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional; · planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;	· Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência; · Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico; · Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população; · Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; · Atuar em equipe multiprofissional; ·Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.	· buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade; · manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional; · estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras; · reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais. · colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico; · identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes; · propor e executar planos de tratamento adequados; · realizar a preservação da saúde bucal; · comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral; ·trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; · planejar e administrar serviços de saúde comunitária; · acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos

	· planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; · desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional; · respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão; · interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; · utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde; · participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; · assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde; · cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; · reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.		materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Conteúdos curriculares	Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem***.*** Os conteúdos devem contemplar: **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem. **Ciências Humanas** e **Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. **Ciências da Enfermagem -** neste tópico de estudo, incluem-se:	Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina***.*** Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza; **Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo**, do processo saúde-doença; Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção; Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;	Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar: **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia. **Ciências Humanas** e **Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. **Ciências Odontológicas –** incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de: propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia; clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de

	Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo. **Assistência de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem. **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem. **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.	Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; **Promoção da saúde** e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte; atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.	materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Organização do curso	A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: · a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença; · as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar; · a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; · os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; · a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; · a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver,	A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deverá: · ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde; · utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; · incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; · promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; · inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; · utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;	A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá: · estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas: · formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno; · formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; · cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade. · aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; ·utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso,

	visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro; · o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; · a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; · a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem; · a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.	· propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; · vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.	preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).
Estágios e atividades complementares	Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades	A formação do Médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá	A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da

	nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.	atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio. O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo, 25% da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.	carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Acompanhamento e avaliação (comum às três categorias)	A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem, medicina e odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares. Os Cursos deverão utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

Considerando as especificidades do sistema nacional de saúde e sua priorização às ações de promoção e prevenção, a Atenção Básica foi considerada nível primário e fundamental para toda organização desse sistema. Nessa perspectiva, o Quadro 5 apresenta uma análise das DCN da Enfermagem, Medicina e Odontologia segundo as dimensões da Atenção Básica.

Quadro 5. Aspectos específicos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem e Odontologia segundo dimensões para atuação na Atenção Básica. Brasil, 2001-2002

Dimensões	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Competências específicas com correspondência na AB	- Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a **integralidade** da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - Atuar nos programas de **assistência integral** à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; - Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de **trabalhar em equipe** e de enfrentar situações em constante mudança; - Responder às **especificidades regionais** de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando **atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;**	- Atuar nos **diferentes níveis de atendimento à saúde**, com **ênfase nos atendimentos primário e secundário;** - Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no **primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção**; - **Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência** entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - **Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação** dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;	- **Atuar em todos os níveis de atenção à saúde**, integrando-se em programas de **promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação** da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando; -**Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente** com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; - **Reconhecer a saúde como direito** e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - **Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social**, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

Continua...

...continuação

Competências específicas com correspondência na AB	**-** Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o **trabalho multiprofissional em saúde.** - **Atuar nos diferentes cenários da prática** profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; **- Identificar as necessidades individuais e coletivas** de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; - Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em **seus diferentes níveis de atenção à saúde**, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.	-**Ter visão do papel social do médico** e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; -**Atuar em equipe multiprofissional.**	- Desenvolver **assistência odontológica individual e coletiva**; - **Trabalhar em equipes interdisciplinares** e atuar como agente de **promoção de saúde;** - Planejar e administrar serviços de **saúde comunitária.**
Competência específica (síntese)	A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento**.**	Com base nestas competências, a formação do Médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.	A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

Continua...

...continua

Dimensões	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Carga horária e especificação de atuação na AB	A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto. Além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, **rede básica de serviços de saúde** e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.	A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e **Saúde Coletiva**, devendo incluir atividades no **primeiro**, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio.	A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, **sem especificação de atuação na AB.** Citando apenas "estágio em complexidade crescente".

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

Observa-se que as DCN do curso de enfermagem trazem maior definição na abordagem de competências específicas para atuação na Atenção Básica, destacando-se: atuação em equipe multiprofissional, integralidade da atenção, ênfase na promoção à reabilitação, foco nos indivíduos, família e comunidade, competências para planejamento em saúde e integralidade. Por outro lado, as DCN para os cursos de medicina parecem avançar menos nesse sentido,

com competências menos específicas e com foco em competências clínicas. Nas DCN de odontologia, há conceitos novos incorporados como a necessidade de interdisciplinaridade e transdiciplinaridade, para além da atuação multiprofissional prevista nas outras duas DCN.

O Quadro 6 apresenta uma síntese das habilitações gerais de outras profissões da saúde, conforme as DCN para os cursos.

Quadro 6. Síntese das habilitações gerais dos profissionais de farmácia, fisioterapia, psicologia e nutrição previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação. Brasil, 2001-2004

Graduação	Habilitações Gerais
Farmácia	O farmacêutico é um profissional de saúde habilitado em áreas específicas como controle de qualidade e segurança de alimentos, cosméticos, fitoterápicos, medicamentos, nutracêuticos, quimioterápicos, radiofármacos e nutrição parenteral, além das análises clínicas e toxicológicas. Com o avanço tecnológico, novas perspectivas se apresentam para o profissional farmacêutico, quais sejam: farmacogenética, planejamento e produção de novos fármacos, biotecnologia, nanotecnologia, toxicologia pré-clínica e clínica, atenção famacêutica, fármaco-economia, farmacovigilância, entre outras.
Fisioterapia	O fisioterapeuta é um profissional de saúde habilitado a desenvolver atividades relacionados ao movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.
Nutrição	O nutricionista é um profissional habilitado para atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural; o nutricionista com licenciatura em nutrição é capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em nutrição.

Continua...

...continuação

Graduação	Habilitações Gerais
Psicologia	O psicólogo é um profissional habilitado para lidar com problemas de ordem psicológica e comportamental. A identidade do curso de psicologia é conferida através de um *núcleo comum* de formação, definido por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos, que estabelece uma base homogênea para a formação no país e uma capacitação básica para lidar com os conteúdos da Psicologia. As competências reportam-se a desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional o domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais e na promoção da qualidade de vida. Pela diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos de inserção profissional, a formação em Psicologia diferencia-se em ênfases curriculares, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia. Algumas possibilidades de ênfase para o curso de psicologia são: processos de investigação científica; processos educativos; processos de gestão; processos de prevenção e promoção da saúde; processos clínicos; e processos de avaliação diagnóstica.

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

No Quadro 7 se observa a carga horária e o tempo mínimo para integralização dos cursos, conforme prevê o MEC.

Quadro 7. Carga horária mínima e tempo mínimo de integralização de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2001-2004

Graduação	Carga horária mínima	Tempo mínimo de integralização do curso
Enfermagem	4.000	5 anos
Farmácia	4.000	5 anos
Fisioterapia	4.000	5 anos
Odontologia	4.000	5 anos
Psicologia	4.000	5 anos
Medicina	7.200	6 anos
Nutrição	3.200	4 anos

Fonte: CNE/CES, 2001-2004

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação na Medicina

O Curso de Medicina teve novas DCN estabelecidas, tendo em vista a publicação da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013[71], que institui o Programa Mais Médicos, o qual tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS, segundo três eixos estruturantes para desenvolvimento de ações relacionados à formação na área médica: ampliação e melhoria da infraestrutura dos espaços de atendimento à saúde; provimento emergencial de médicos para territórios onde há vazios assistenciais e; formação voltada para o SUS.

Busca-se alcançar os objetivos de aprimoramento da formação médica no país, dado que os instrutivos constantes no documento de 2001 tornaram-se obsoletos diante das necessidades de promover transformações no ensino médico.

As diretrizes curriculares para o curso de Medicina estabelecidas em 2001 em consonância aos demais cursos oferecidos para a área de saúde sofreram alterações em 2014. Tais alterações foram estabelecidas devido:

- As informações disponíveis sobre o diagnóstico da saúde no Brasil e os investimentos do Estado brasileiro na reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em busca de melhoria da qualidade do serviço de saúde nacional;
- Os impactos das ações propostas no Plano Nacional de Educação (PNE) 2001-2010 sobre a Educação Superior nacional, bem como as mudanças que deverão resultar das diretrizes e metas constantes no novo PNE, proposto para os próximos dez anos, (originalmente, para o período 2011-2020);
- As criteriosas análises e reflexões sobre os 10 anos de vigência das DCN Medicina, publicadas por especialistas em educação

médica, das quais se pode extrair conhecimentos fundamentais sobre os avanços introduzidos pela implementação bem sucedida de um documento que, desde 2001, pauta e orienta a formação de médicos na maioria das escolas brasileiras em que o curso é oferecido e, além disso, conhecer os desafios ainda não vencidos na primeira década de vigência da norma legal, as novas demandas que emergem da realidade da área de saúde, nos diferentes contextos socioeconômicos em que há de haver médicos para atender e assistir a população e ainda, as perspectivas de mudança que a evolução da ciência possibilita;

- Os importantes relatos de experiências reais, concretas, vivenciadas por responsáveis pela condução de projetos pedagógicos de cursos de Medicina, nos ambientes das instituições em que são oferecidos, publicados na literatura da área, merecendo destaque, nesse contexto, o estudo sobre a coerência entre projetos pedagógicos de cursos que incorporam metodologias ativas de ensino-aprendizagem e os processos de recrutamento, contratação e capacitação do corpo docente, em 19 cursos da área da saúde oferecidos por instituições públicas e privadas, considerando como concepção inovadora de referência a incorporação, nos projetos pedagógicos dos cursos, dos cinco elementos conceituais da educação médica contemporânea, quais sejam:

    a) estruturas curriculares que integrem conhecimentos dos ciclos básico e aplicado, bem como teoria e prática;

    b) aprendizagem em grupos pequenos;

    c) vivências continuadas em cenários de prática diversificados;

    d) incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem;

e) planejamento curricular que considere as prioridades e necessidades de saúde das comunidades e dos contextos em que os cursos se inserem.

O Quadro 8 apresenta os principais aspectos congruentes e destoantes das DCN de 2001 e de 2014.

Quadro 8. Síntese comparativa entre aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e de 2014 segundo eixos de análise. Brasil, 2001, 2014

Diretrizes Curriculares do curso de Graduação em Medicina	2001	2014
Perfil do Formando/ Egresso/ Profissional de Medicina	**Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.**	**Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.**
Competências e Habilidades Gerais para a formação do médico	I-**Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas	Articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, desdobrar-se-á nas seguintes áreas: **I - Atenção à Saúde:** o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

	sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; II- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar	II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde; III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes. IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais. V - Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde; VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico; VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a

	iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.	compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado; VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde; IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades. **II - Gestão em Saúde**: a graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões: I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos; II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de

		qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo; III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões; IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados; V- Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde; VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e

		serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde. **III - Educação em Saúde:** o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando: I - Aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; II - Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso; III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; IV - Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

		V - Comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos; VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.
Competências e Habilidades específicas para a formação do médico	I – Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; II - Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;	**Áreas e Competências da prática Médica (Especificadas no Quadro 2)** **Área de Competência de Atenção à Saúde**: I-Atenção às necessidades individuais de saúde; I -Identificação de Necessidades de Saúde; II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos. II - Atenção as Necessidades de Saúde Coletiva I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva;

	III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; IV - Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação; V - Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico; VI - Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução; VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica; VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral; IX - Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos; X - Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;	II- Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva. **Área de Competência de Gestão em Saúde**: I - Organização do Trabalho em Saúde; II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde. **Área de Competência de Educação em Saúde.** I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva; II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

	XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte; XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico; XV - Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos; XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde; XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência;	

	XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico; XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população; XX - Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; XXI - atuar em equipe multiprofissional; e XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.	
Conteúdos Curriculares Essenciais do Curso de Graduação em Medicina	I - Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza; II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção; IV - Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;	Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando: I - Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza; II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção; IV - Compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas,

	V - Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.	capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado; V - Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental; VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.
Estágios Curriculares / Carga Horária Mínima	Estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá	O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

	necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio. O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.	A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina. A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES); O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência. As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas. O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela

		Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional. O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**,** que dispõe sobre o estágio de estudantes. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.
Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina	Deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas	O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência. Deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá

	de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. Deverá ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.	criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou à distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins. Deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.
Currículo do Curso de Graduação em Medicina	O currículo deverá contribuir, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. Contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.	O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.
Organização do Curso de Graduação em Medicina	Deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.	A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.
Estrutura do Curso de Graduação em Medicina	I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;	I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;

	II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; IV - Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; V - Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; VI - Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às	II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos; IV - Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; V - Criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; VI - Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem; VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes

	necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.	como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato; IX - Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; X - Promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;
Avaliação do Curso de Graduação em Medicina	A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares. Deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.	A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCN objeto desta Resolução. Deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos,

		habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução. A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional. A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.
Inovações		O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010. Deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a

		transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS. Deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino- Saúde.
Obs: Algumas recomendações das novas DCN 2014: Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. A determinação é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de um ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes**.**		

Fonte: CNE/CES, 2001-2014

Quadro 9. Descrição das áreas de competências* da prática médica nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina de 2014. Brasil, 2014

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**	**I - Identificação de Necessidades de Saúde**	**I - Realização da História Clínica:**	a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis; b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado; c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa; d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto; e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado; f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença; g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas; h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**	**I - Identificação de Necessidades de Saúde**	**II - Realização do Exame Físico:**	a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados; b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados; c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível. d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.
EIXOS	**SUBÁREAS**	**ÁREAS-CHAVES**	**DESEMPENHOS**	**DESCRIÇÃO**
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**	**I - Identificação de Necessidades de Saúde**	**IV - Promoção de Investigação Diagnóstica:**	a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético. b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários; c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames; d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**	**II Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.**	**I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:**	a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas; c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado; d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário; e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa; f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis; g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis; h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**	**II Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.**	**II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos**	a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas; b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos; c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário; d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.
EIXOS	**SUBÁREAS**	**ÁREAS-CHAVES**	**DESEMPENHOS**	**DESCRIÇÃO**
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva**	**I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva**		I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento; II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Atenção à Saúde	**Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva**	**II- Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva**		I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais; II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde; IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados; V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

EIXOS	SUBÁREAS	ÁREAS-CHAVES	DESCRIÇÃO
Área de Competência Gestão em Saúde	**I-Organização do Trabalho em Saúde**	**I - Identificação do Processo de Trabalho:**	a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde; b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção; c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais; d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças; e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde; f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

EIXOS	SUBÁREAS	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Gestão em Saúde	**I-Organização do Trabalho em Saúde**	**II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:**	a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde; b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção; c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.
EIXOS	**SUBÁREAS**	**ÁREAS-CHAVES**	**DESCRIÇÃO**
Área de Competência Gestão em Saúde	**II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.**	**I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde**	a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS; b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

EIXOS	SUBÁREAS	DESEMPENHOS	DESCRIÇÃO
Área de Competência Gestão em Saúde	**II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.**	**II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde**	a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção; b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades; c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação; d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento; e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.
EIXOS	**SUBÁREAS/ÁREAS-CHAVES**		**DESCRIÇÃO**
Área de Competência de Educação	**I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;**		I - Estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e II - Identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.
EIXOS	**SUBÁREAS/DESEMPENHOS**		**DESCRIÇÃO**
Área de Competência de Educação em Saúde	II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento;		I - Postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática; II - Escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas; III - Orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; IV - Estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

EIXOS	SUBÁREAS/ÁREAS-CHAVES	DESCRIÇÃO
Área de Competência de Educação em Saúde	III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.	I - Utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações; II - Análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis; III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e IV - Favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

Fonte: CNE/CES, 2001, 2014

*Competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Evolução dos cursos de graduação em saúde

Estudos sobre a força de trabalho em saúde com foco em aspectos do mercado educativo podem desencadear reflexões sobre os desafios comuns colocados tanto para o setor educativo quanto para a oferta de serviços de saúde. As desigualdades de oferta no sistema educativo para a formação superior na saúde, exemplificadas por sua concentração regional e pela proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação, constituem problemas que demandam e devem articular análises sobre as condições da oferta de profissionais e o mercado de trabalho em saúde[72,73].

Num cenário que aponta para a escassez de algumas categorias e excesso de outras e a pouca informação disponível sobre quantos e como são distribuídos os existentes, reduz a capacidade de planejamento, orientação e melhor distribuição da força de trabalho em saúde. É consensual que informação adequada e oportuna sobre os recursos humanos para a saúde é um insumo fundamental para que países, estados e regiões, serviços de saúde e instituições de ensino planejem ações, em um campo onde as intervenções demandam processos lentos de maturação[74,75].

Nesse sentido, apresenta-se, aqui, um panorama da oferta de cursos das sete graduações em saúde selecionadas para esta pesquisa – Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, no período de 2000 a 2013[c]. Por meio de dados secundários, são descritas e expostas as principais características do cenário da formação em saúde no âmbito nacional. Os dados analisados foram disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e

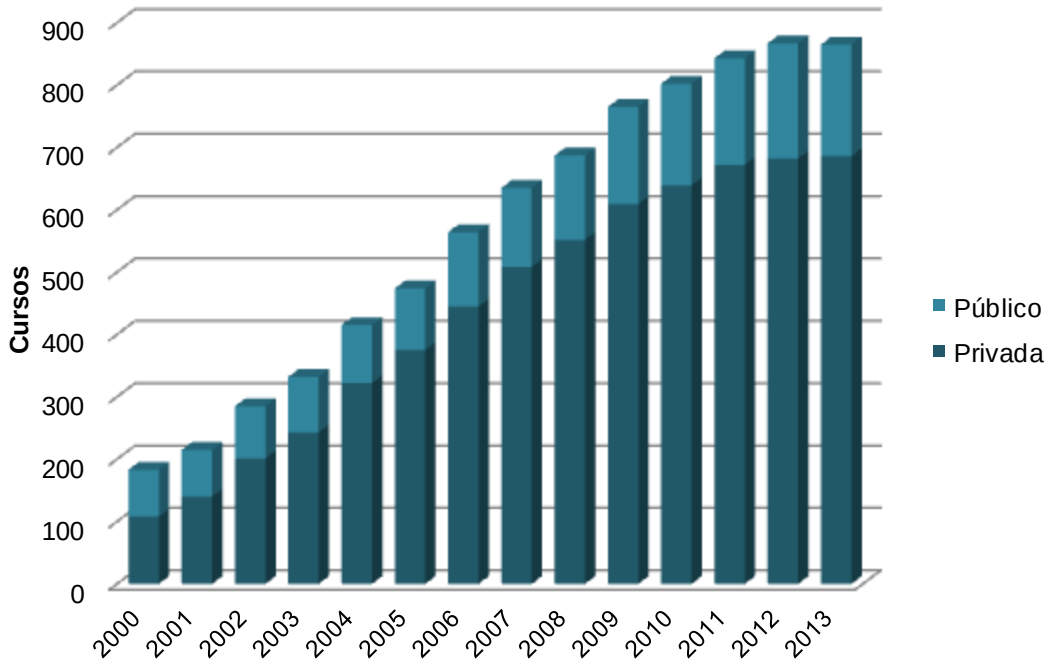
[c] Os dados do Censo da Educação Superior 2014 já foram disponibilizados pelo INEP/MEC, no entanto, quando esta etapa do estudo foi realizada, os dados de 2014 ainda não estavam disponíveis.

Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do MEC, e processados a partir do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS)[76], que permite filtragens e sistematização das informações, por meio do cruzamento de variáveis.

Evolução dos cursos de graduação em enfermagem 2000-2013

Dados do INEP de 2013[77] processados pelo SIGRAS[78] apontam a existência de 865 cursos de enfermagem em todo o Brasil, dos quais 79,3% (n=686) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil, conforme o Gráfico 1, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. No ano de 2000 já existiam mais cursos privados que públicos. Embora na esfera pública o aumento do número de cursos também tenha ocorrido no período 2000-2013 (138,7%), o de natureza privada foi sobremaneira superior (535,2%). A taxa de crescimento no mesmo período da soma de todos os cursos foi de 372,7%.

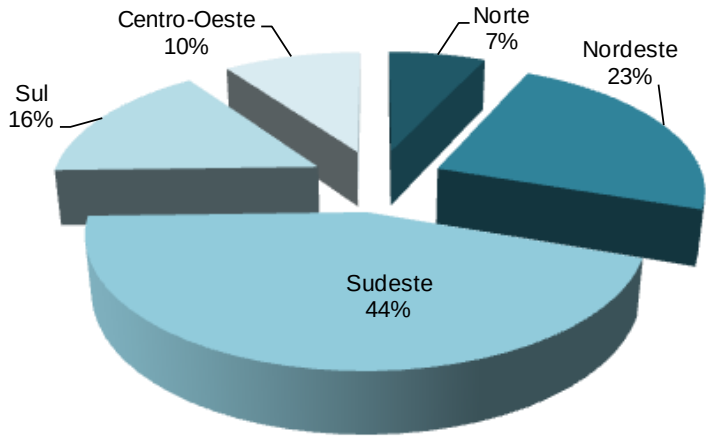
Gráfico 1. Evolução dos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga pouco mais de 40,0% dos cursos de graduação em enfermagem do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte possuem, em seu território, o menor número de cursos (Gráfico 2).

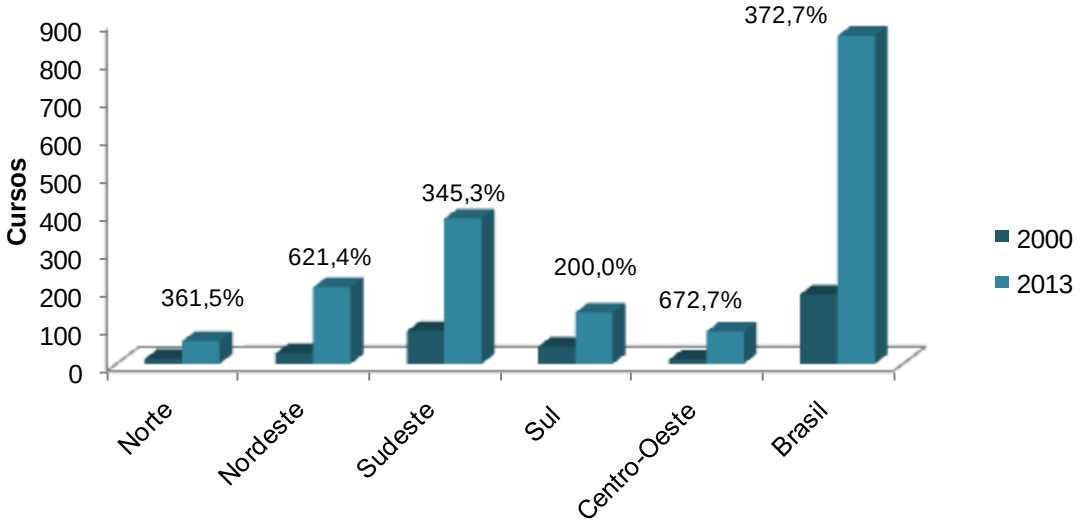
Gráfico 2. Distribuição de cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Considerando a tendência do número de cursos de graduação em enfermagem por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país. Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos foram a Centro-Oeste (672,7%) e Nordeste (621,4%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 372,7% (Gráfico 3).

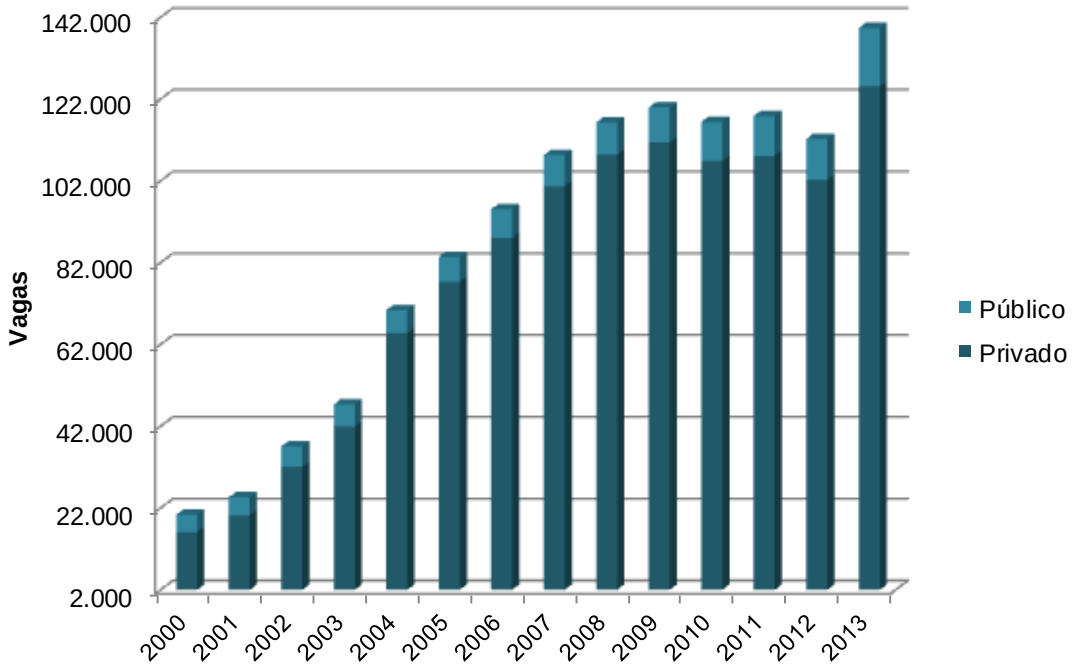
Gráfico 3. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

No período 2000-2013, o número de vagas de enfermagem no país obteve um crescimento de 582,7%, passando de 20.417 para 139.396 vagas, com predominância das vagas privadas, que somaram 125.121, em 2013. A variação no período 2000-2013 foi de 89,8% no setor privado e de apenas 10,2% no público (Gráfico 4).

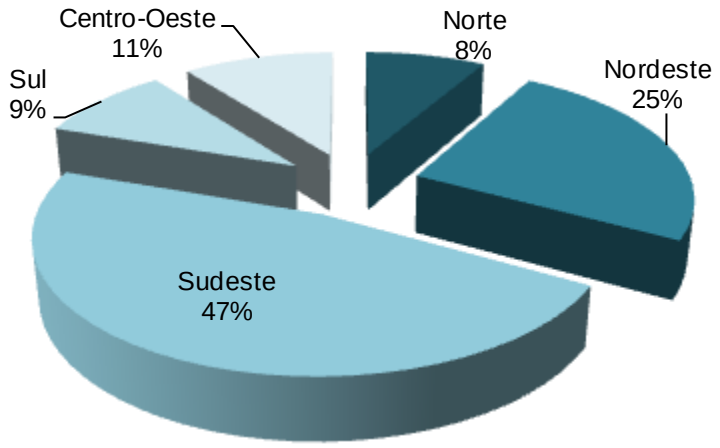
Gráfico 4. Evolução de vagas de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

A região Sudeste oferta pouco menos de 50,0% do total de vagas de graduação em enfermagem do Brasil. As regiões Norte e Sul disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 5).

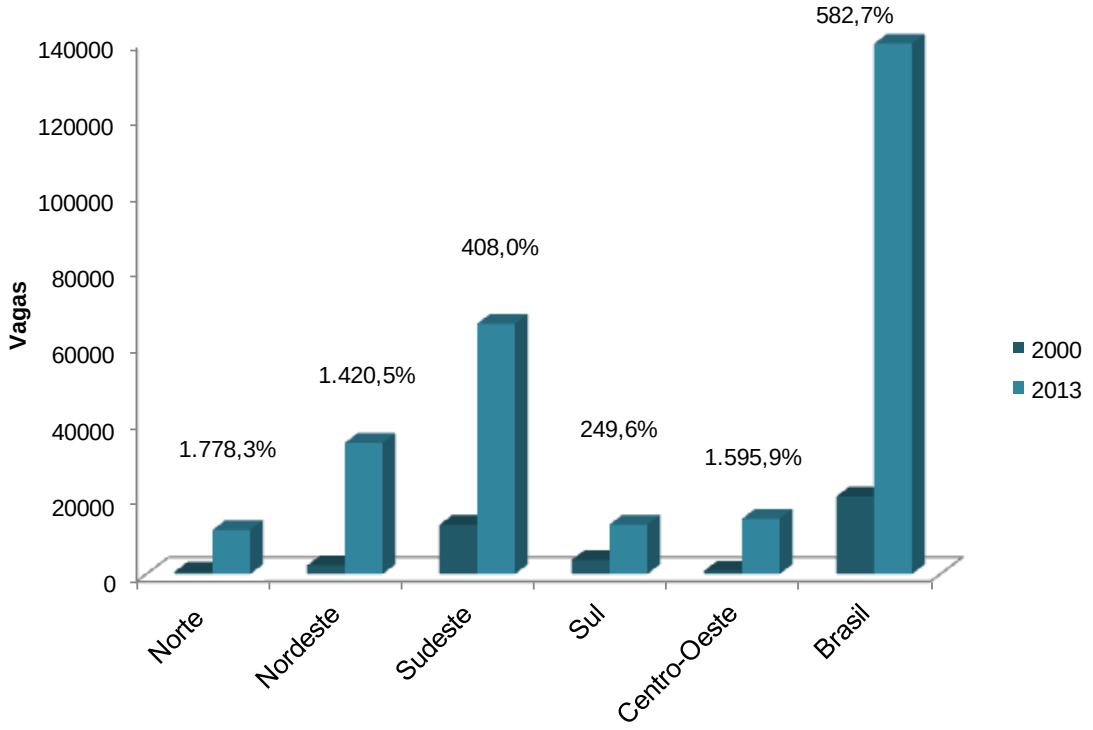
Gráfico 5. Distribuição de vagas de enfermagem por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em enfermagem, segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Norte (1.778,3%), enquanto a Sul apresentou o menor incremento (249,6%) (Gráfico 6).

Gráfico 6. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013

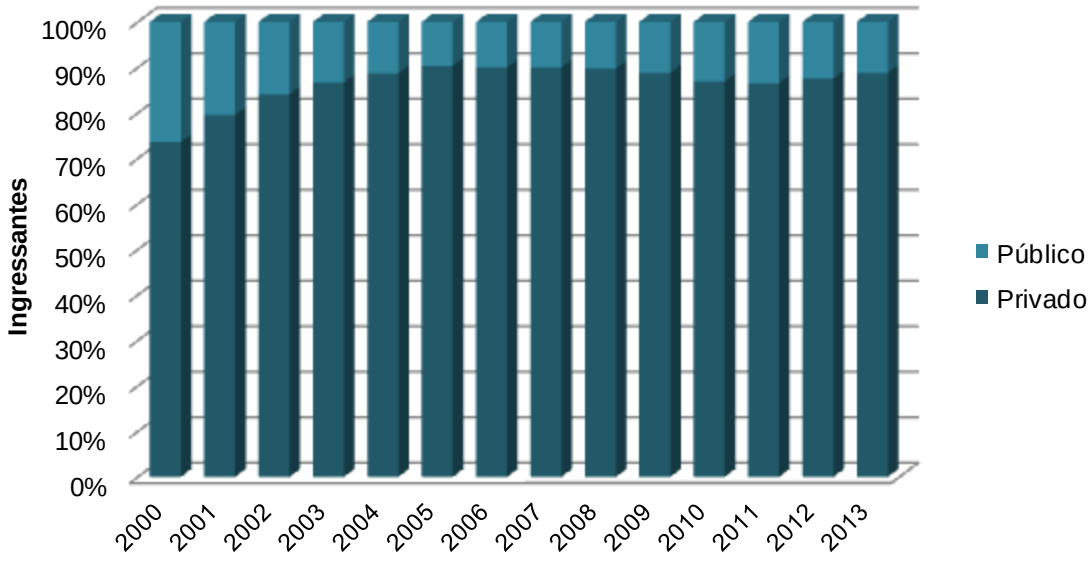


Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de enfermagem no país, em 2013, foi de 78.943; em, 2000, os ingressantes não passaram de 18.000. A variação nesse período foi de 338,7%. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que, no mesmo período, o crescimento do número de ingressantes em cursos dessa esfera foi de 429,2%, ao passo que no setor público, a taxa foi de apenas 86,3%.

Nota-se pelo Gráfico 7 que: no ano 2000 o número de ingressantes já era maior no setor privado; em 2005, deu-se a maior diferença entre o número de ingressantes entre as duas esferas: 90,3% no setor privado contra 9,7% no setor público; em 2013, ingressaram, no setor privado, 88,8% do total de ingressantes nos cursos de enfermagem do Brasil.

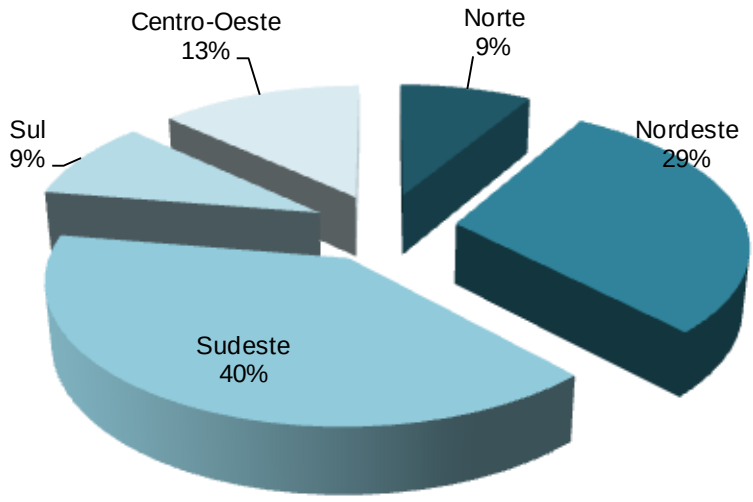
Gráfico 7. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Os dados mais atuais apontam que 40,0% dos ingressantes em cursos de graduação em enfermagem, em 2013, se deu em instituições de ensino da região Sudeste. O menor percentual de ingressos se deu nas regiões Sul e Norte (Gráfico 8).

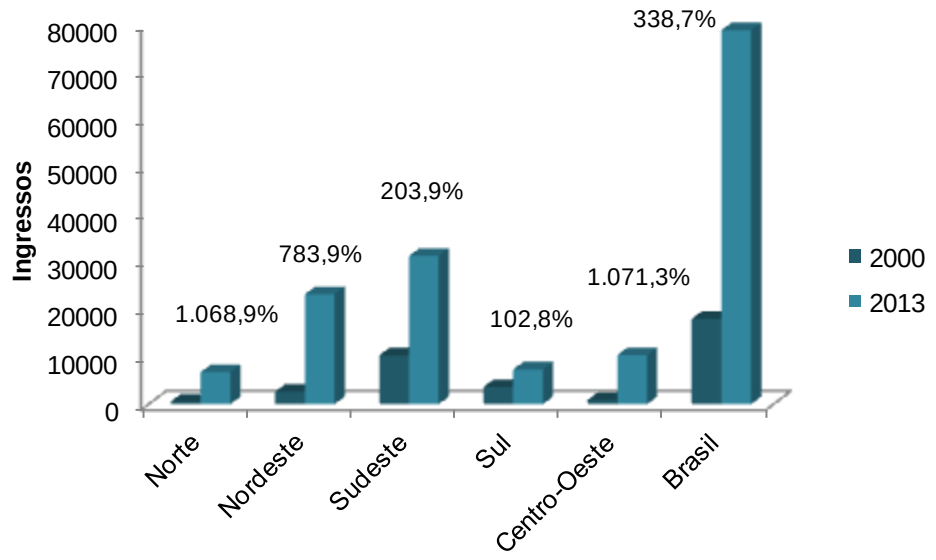
Gráfico 8. Distribuição de ingressantes em cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em enfermagem, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sul apresentou a menor taxa de incremento. A região Centro-Oeste foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período, seguida da região Norte (Gráfico 9).

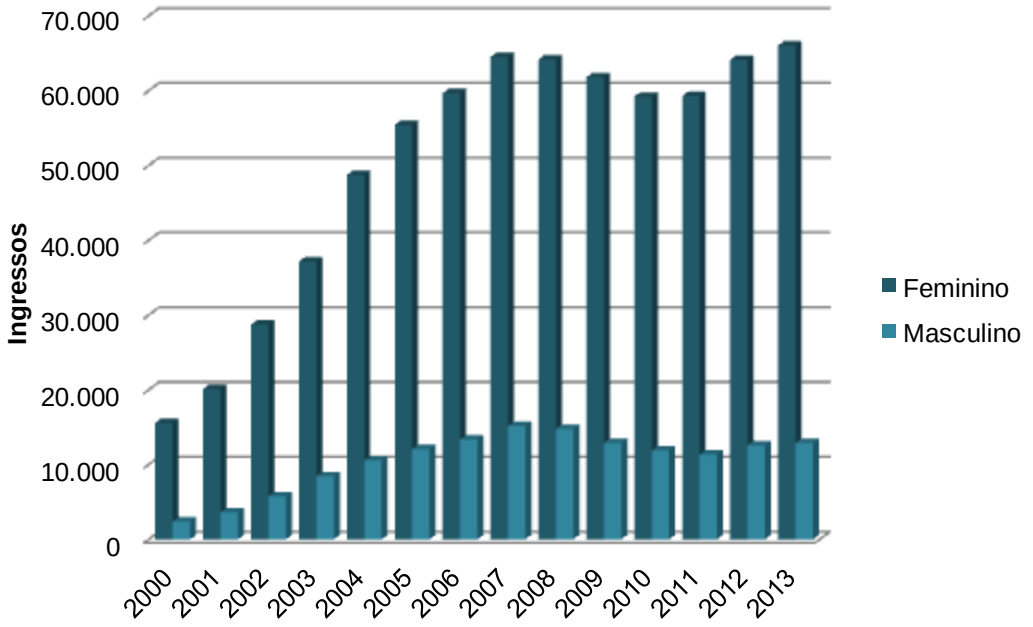
Gráfico 9. Número e taxa de crescimento de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O Gráfico 10 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo, no qual fica evidente a predominância do sexo feminino durante todo o período analisado. Não obstante, a taxa de crescimento foi superior entre os ingressantes homens: 434,1% contra 323,9 no sexo feminino.

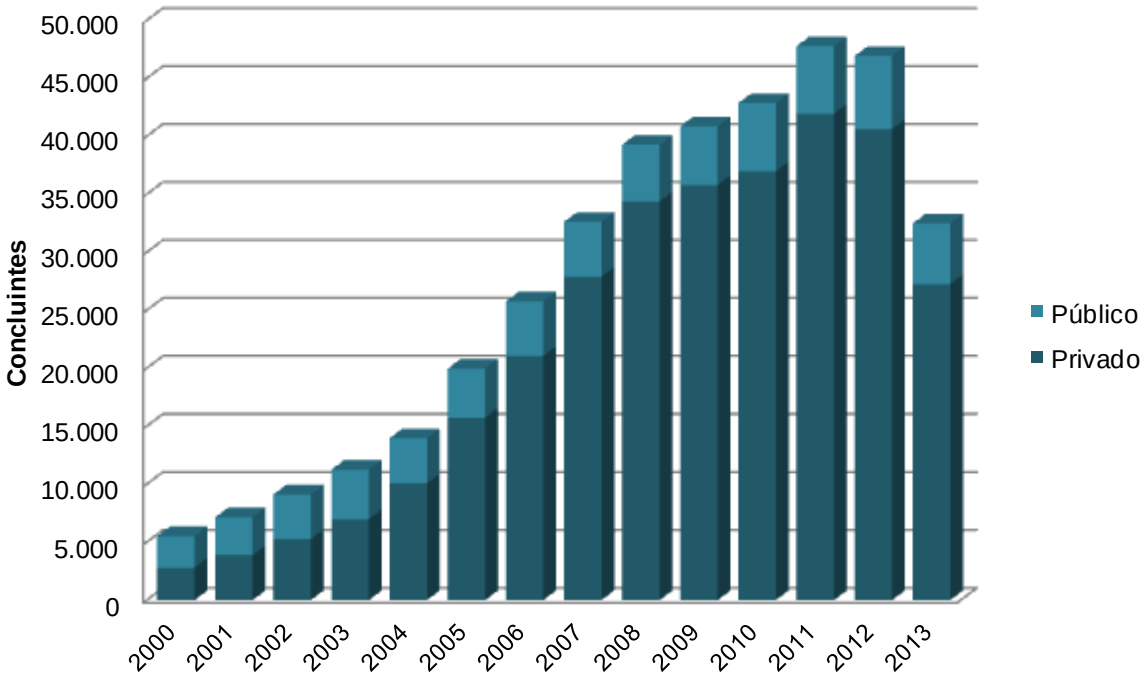
Gráfico 10. Evolução do número de ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O Gráfico 11 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em enfermagem, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Já em 2000 os concluintes de cursos privados eram a maioria, porém com uma diferença mínima entre as esferas: 50,7% no setor privado e 49,3%, no público. Com o decorrer dos anos, essa diferença foi se alargando, até que em 2013 os concluintes da esfera privada corresponderam a 83,9%. A taxa de crescimento do número de concluintes na esfera privada no período foi de 873,7%, enquanto que na pública foi de apenas 91,8%. A variação de concluintes no Brasil, no mesmo período foi de 488,3%.

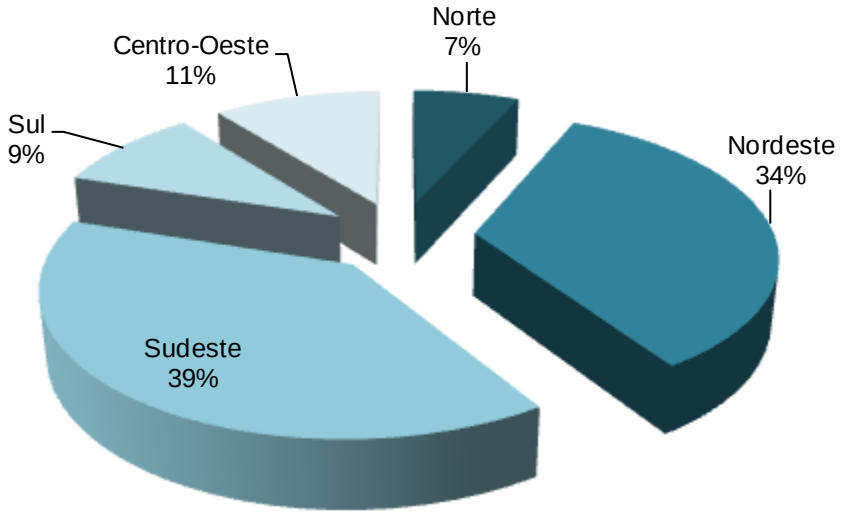
Gráfico 11. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Os dados de 2013 apontam que pouco mais de 70,0% dos concluintes de graduação em enfermagem do Brasil eram provenientes da região Sudeste e Nordeste (Gráfico 12).

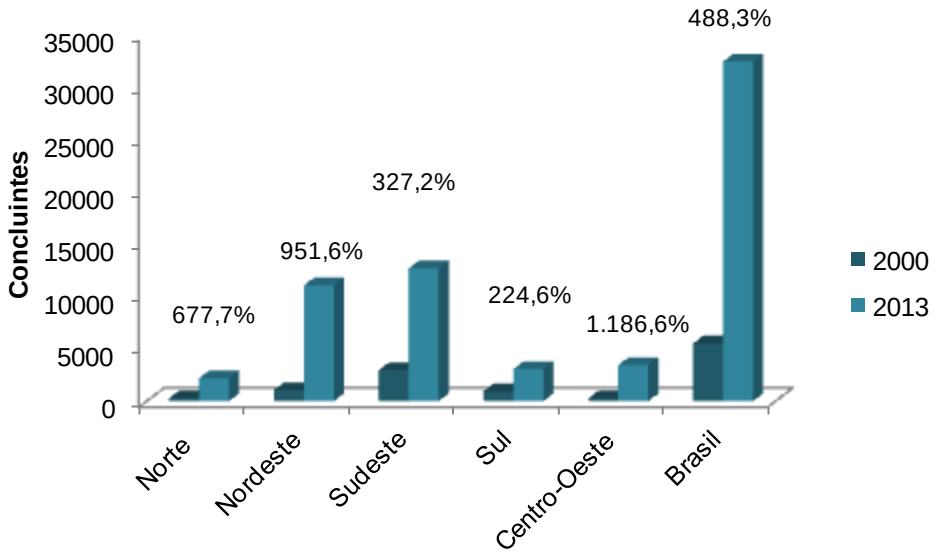
Gráfico 12. Distribuição de concluintes em cursos de enfermagem por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que as regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentaram os maiores percentuais de elevação, quais sejam: 1.186,6% e 951,6%, nesta ordem (Gráfico 13).

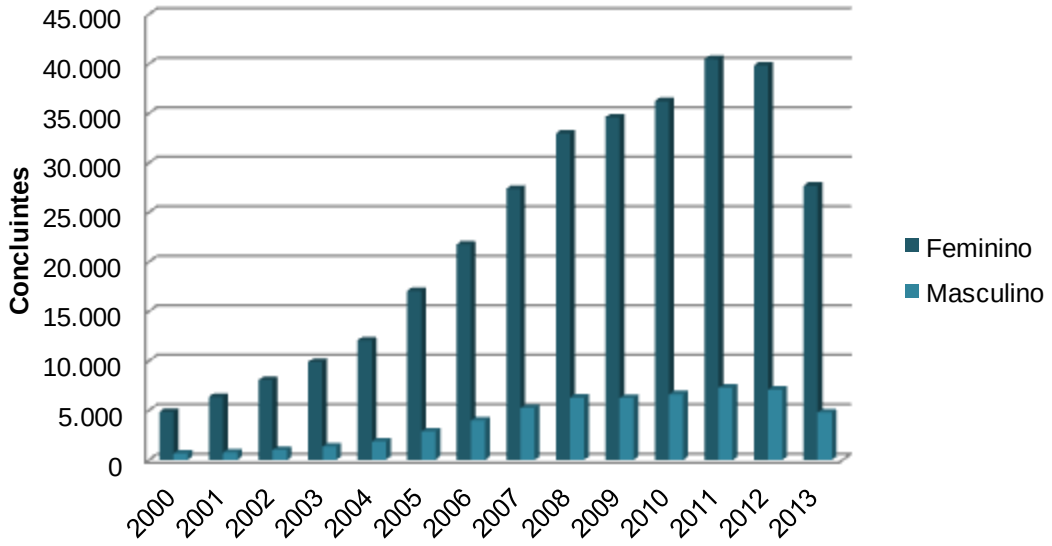
Gráfico 13. Número e taxa de crescimento de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O Gráfico 14 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo. Os egressos do sexo feminino predominaram durante todo o período; apesar disso a taxa de incremento foi superior entre os homens: 611,6% contra 471,1%, entre as mulheres.

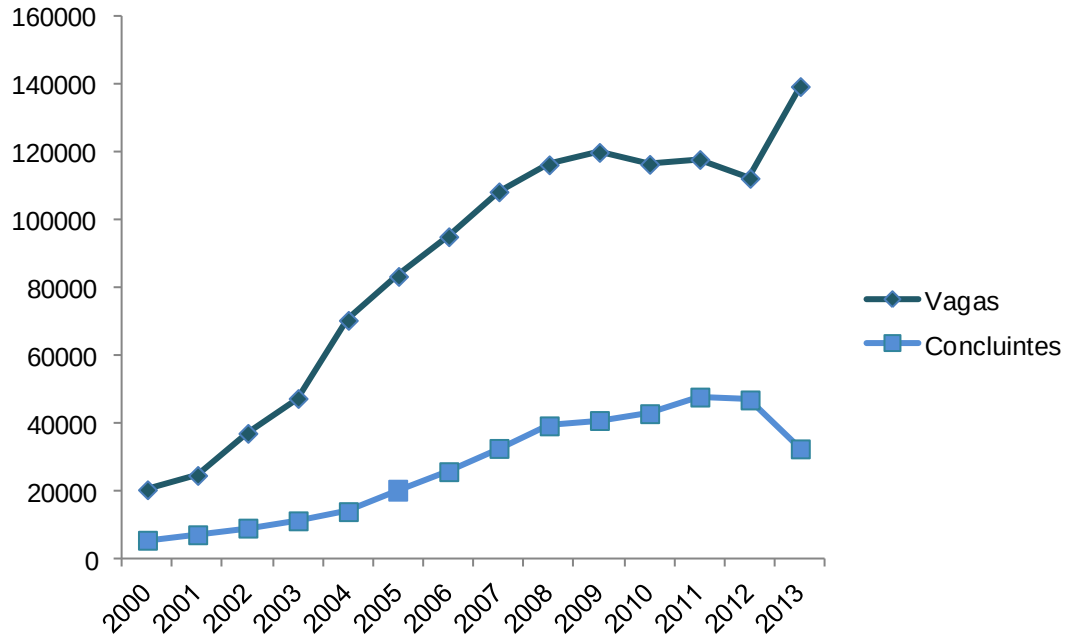
Gráfico 14. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O Gráfico 15 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em enfermagem nos últimos anos. Embora as variáveis não sejam comparáveis ano a ano, já que é preciso considerar o período mínimo de quatro anos para integralização do curso, é possível verificar que a abertura de vagas não considera as necessidades de profissionais. Nessa perspectiva, entre o ano de 2012 e 2013, já se observou uma inflexão no número de concluintes (-30,8%), enquanto as vagas aumentaram 24,1% no mesmo período. A taxa de crescimento do número de vagas entre 2000 e 2013 foi superior: 582,7% contra 488,3% de concluintes.

Gráfico 15. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013

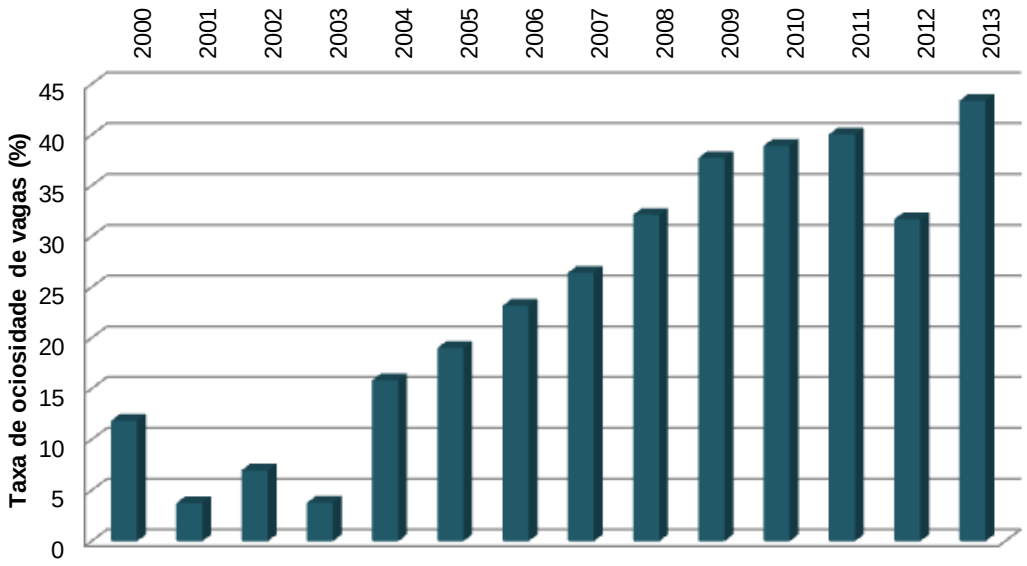


Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

A partir do Gráfico 16, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[d] em cursos de enfermagem, e é notável que durante todo o período 2000-2013 o número de ingressantes nos cursos de enfermagem foi sobremaneira inferior ao número de vagas ofertadas. Este dado indica baixa procura por cursos de graduação em enfermagem, com taxas de ociosidade, nos últimos anos, superior a 35,0%.

[d] Percentual de vagas não preenchidas.

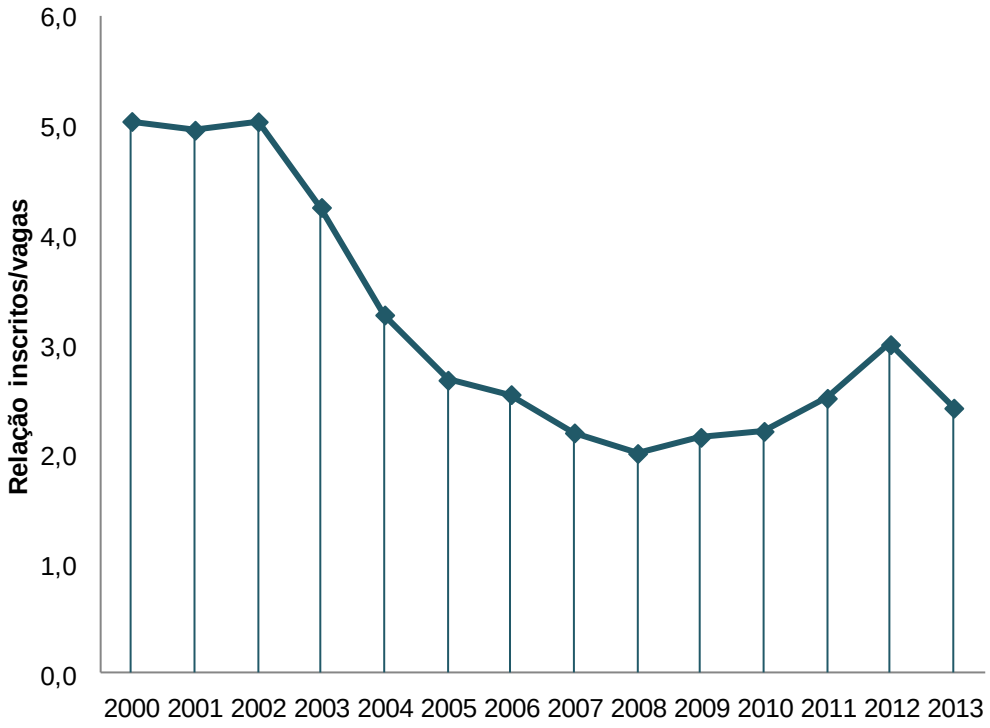
Gráfico 16. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

O Gráfico 17 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de enfermagem, no período 2000-2013, por vaga ofertada. Tal relação foi gradativamente diminuindo, passando de 5,0 inscritos/vaga, em 2000, para 2,4, em 2013. A taxa de arrefecimento desta relação no período foi de -51,9%.

Gráfico 17. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

A Tabela 2 apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em enfermagem por estado brasileiro. Nela, nota-se que se mantêm a concentração dessas variáveis nos estados da região Sudeste, a saber: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; e, que o menor número delas é observado em estados da região Norte: Roraima, Amapá e Acre.

Tabela 2. Cursos, vagas e concluintes de graduação em enfermagem por estado brasileiro. Brasil, 2013

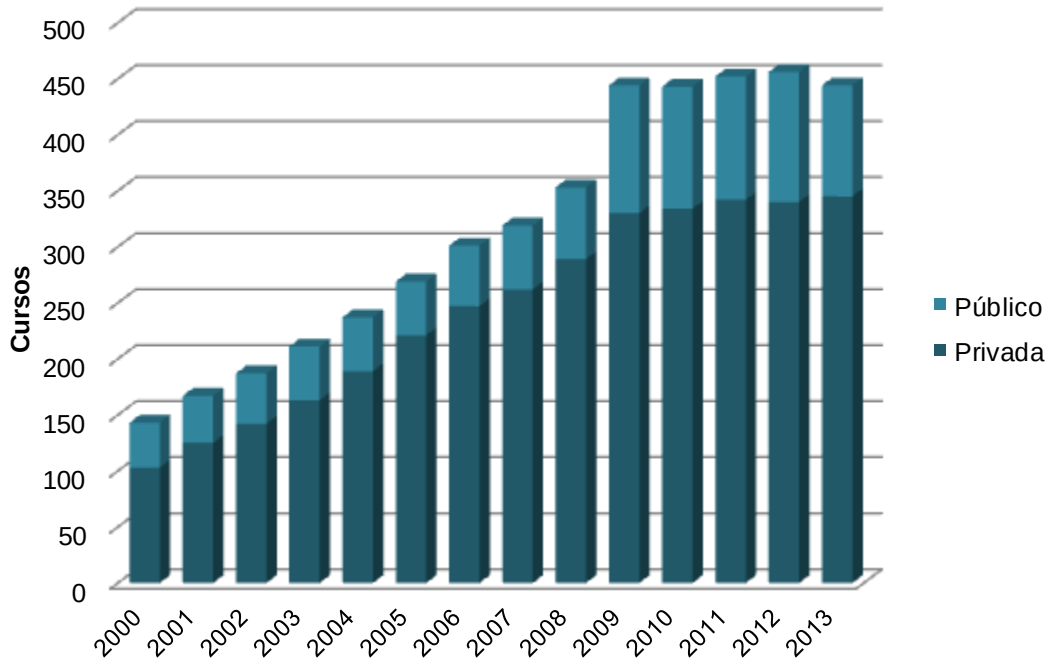
Estado	Cursos	Vagas	Concluintes
Acre	4	322	178
Alagoas	12	1.612	644
Amapá	4	622	154
Amazonas	9	1.660	499
Bahia	53	10.767	3.376
Ceará	26	5.445	1.247
Distrito Federal	18	4.037	797
Espírito Santo	16	1.357	367
Goiás	30	3.993	1.159
Maranhão	25	2.478	1.106
Mato Grosso	21	2.819	1.016
Mato Grosso do Sul	13	2.148	189
Minas Gerais	113	11.709	2.778
Pará	16	5.428	660
Paraíba	19	3.217	1.041
Paraná	57	5.090	1.411
Pernambuco	23	3.896	1.439
Piauí	21	2.798	1.055
Rio de Janeiro	72	13.455	3.381
Rio Grande do Norte	14	2.588	697
Rio Grande do Sul	48	5.251	1.084
Rondônia	14	1.620	298
Roraima	3	564	15
Santa Catarina	30	2.678	576
São Paulo	188	41.804	6.643
Sergipe	7	1.125	300
Tocantins	9	913	375
Total	**865**	**139.396**	**32.485**

Fonte: INEP/MEC[77], SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ[78], 2014

Evolução dos cursos de graduação em farmácia 2000-2013

Dados do INEP de 2013 apontam a existência de 444 cursos de farmácia em todo o Brasil, dos quais 77,7% (n=345) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em farmácia no Brasil, conforme o Gráfico 18, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. No ano de 2000 já existiam mais cursos privados que públicos. Embora na esfera pública o aumento do número de cursos também tenha ocorrido no período 2000-2013 (147,5%), o de natureza privada foi sobremaneira superior (235,0%). A taxa de crescimento no mesmo período da soma de todos os cursos foi de 210,5%.

Gráfico 18. Evolução dos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013

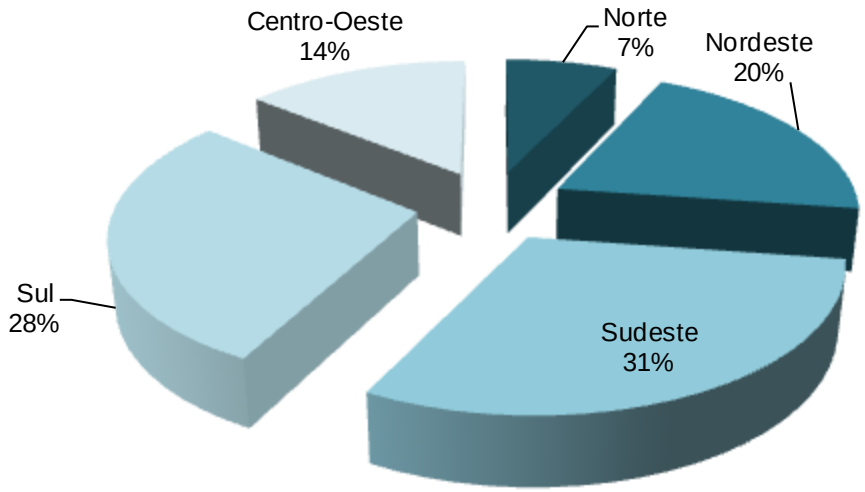


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga pouco mais de 30,0% dos cursos de graduação em farmácia do Brasil. As

regiões Norte e Centro-Oeste possuem, em seu território, o menor número de cursos (Gráfico 19).

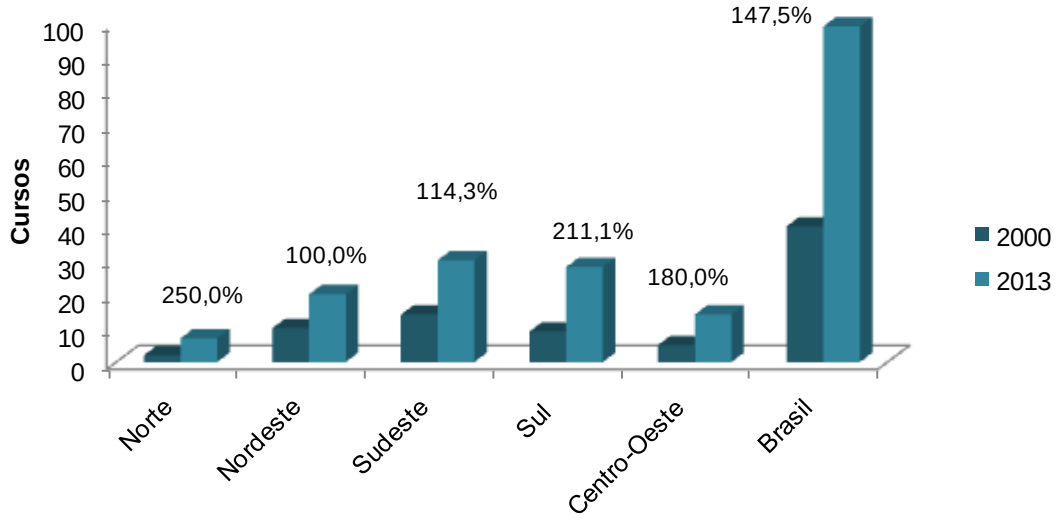
Gráfico 19. Distribuição de cursos de farmácia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de cursos de graduação em farmácia por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país. Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos foram a Norte (250,0%) e Sul (211,1%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 147,5% (Gráfico 20).

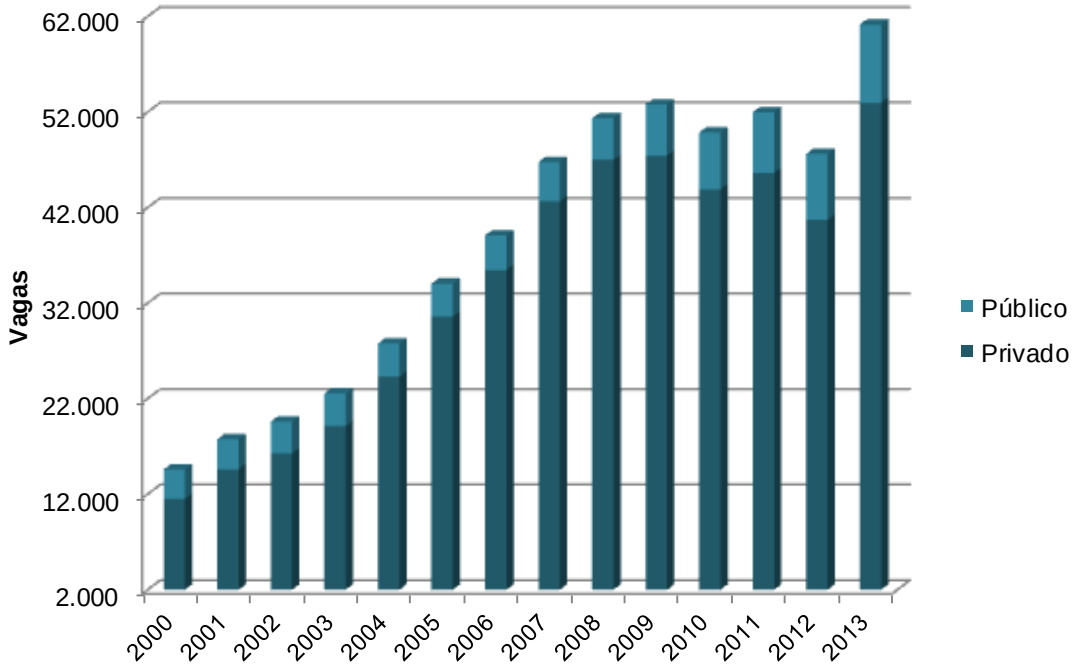
Gráfico 20. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas de farmácia no país obteve um crescimento de 319,1%, passando de 14.593 para 61.157 vagas, com predominância das vagas privadas, que somaram 52.969, em 2013. A variação no período 2000-2013 foi de 360,0% no setor privado e de 166,0% no público (Gráfico 21).

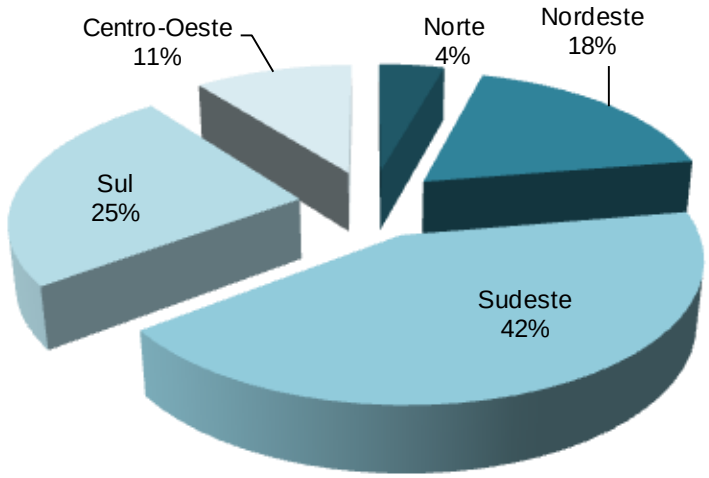
Gráfico 21. Percentual de vagas de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco mais de 40,0% do total de vagas de graduação em farmácia do Brasil. As regiões Norte e Centro-Oeste disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 22).

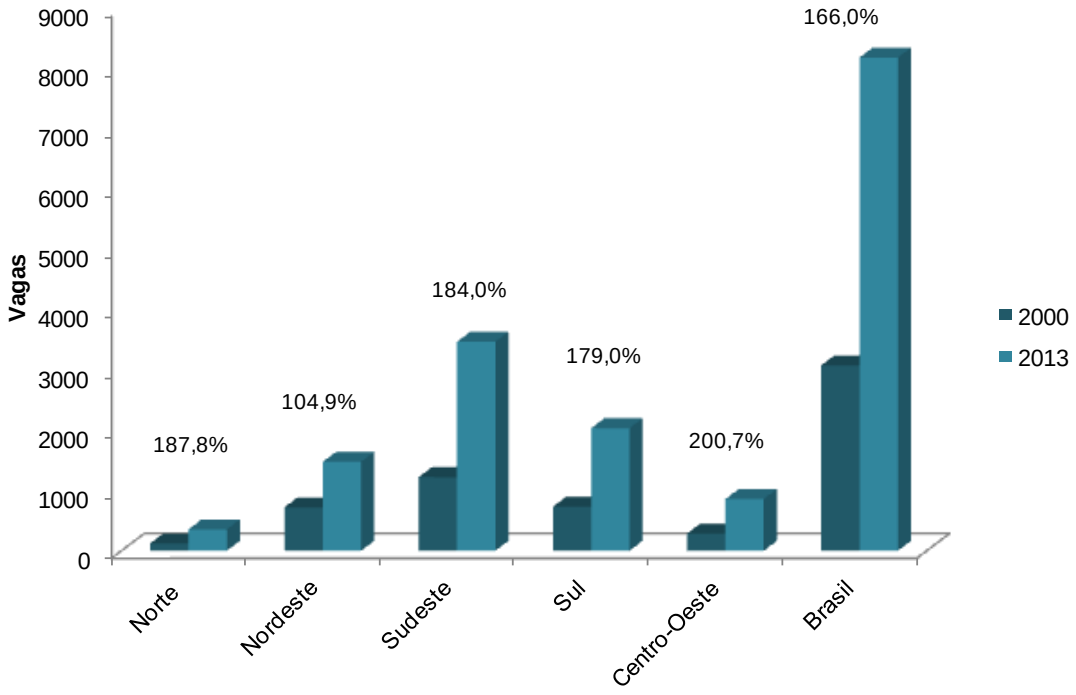
Gráfico 22. Distribuição de vagas de farmácia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em farmácia, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Centro-Oeste (200,7%) (Gráfico 23).

Gráfico 23. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013

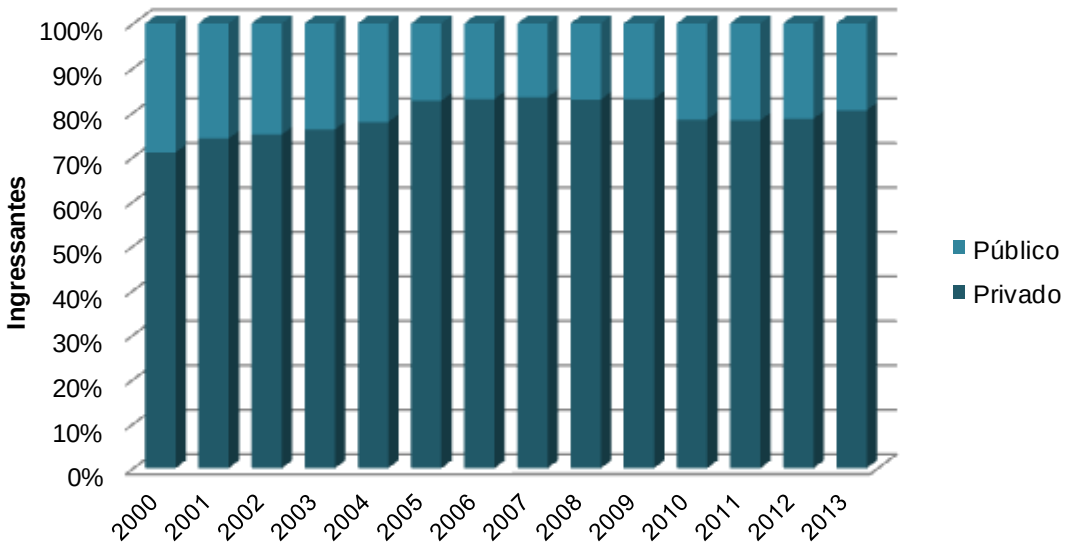


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de farmácia no país, em 2013, foi de 31.503; em, 2000, os ingressantes não passaram de 14.000. A variação nesse período foi de 128,7%. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que, no mesmo período, o crescimento do número de ingressantes em cursos dessa esfera foi de 159,4%, ao passo que no setor público, a taxa foi de apenas 53,8%.

No ano 2000 o número de ingressantes já era maior no setor privado; em 2013, ingressaram, no setor privado, 80,5% do total de ingressantes nos cursos de farmácia do Brasil (Gráfico 24).

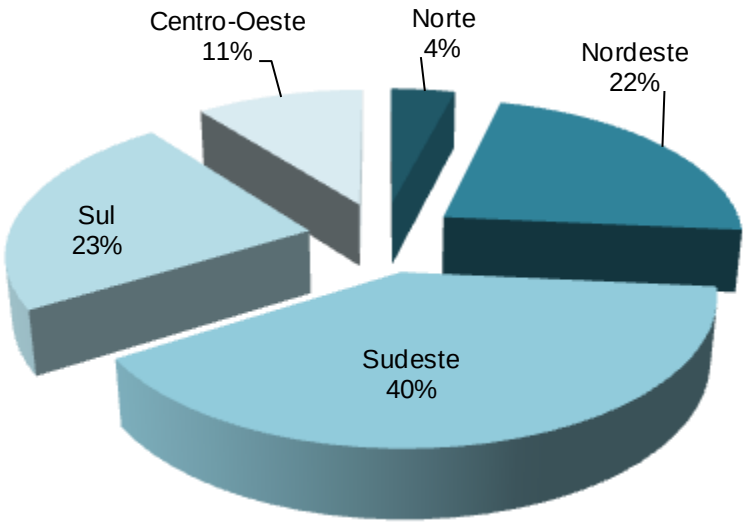
Gráfico 24. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados mais atuais apontam que 40,0% dos ingressantes em cursos de graduação em farmácia, em 2013, se deu em instituições de ensino da região Sudeste. O menor percentual de ingressos se deu nas regiões Norte e Sul (Gráfico 25).

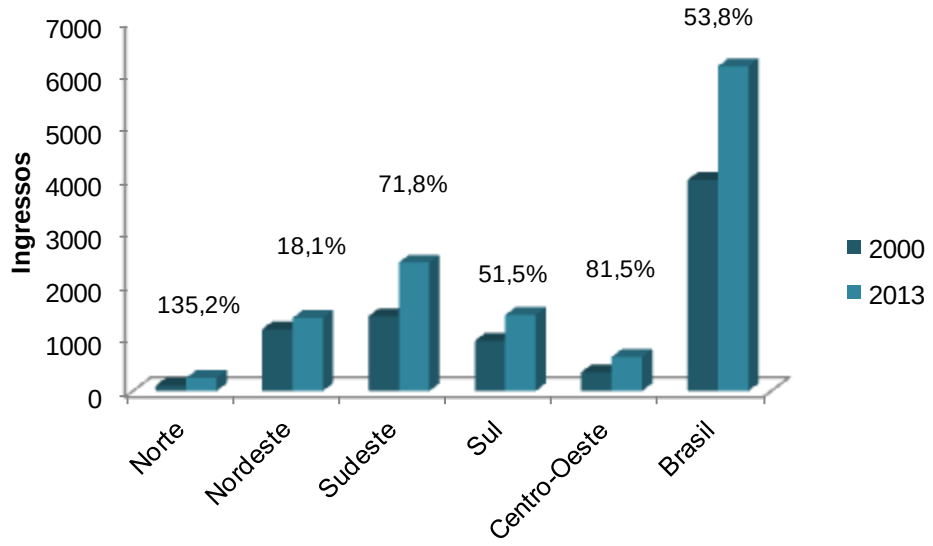
Gráfico 25. Distribuição de ingressantes em cursos de farmácia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em farmácia, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Nordeste apresentou a menor taxa de incremento. A região Norte, por sua vez, foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período (Gráfico 26).

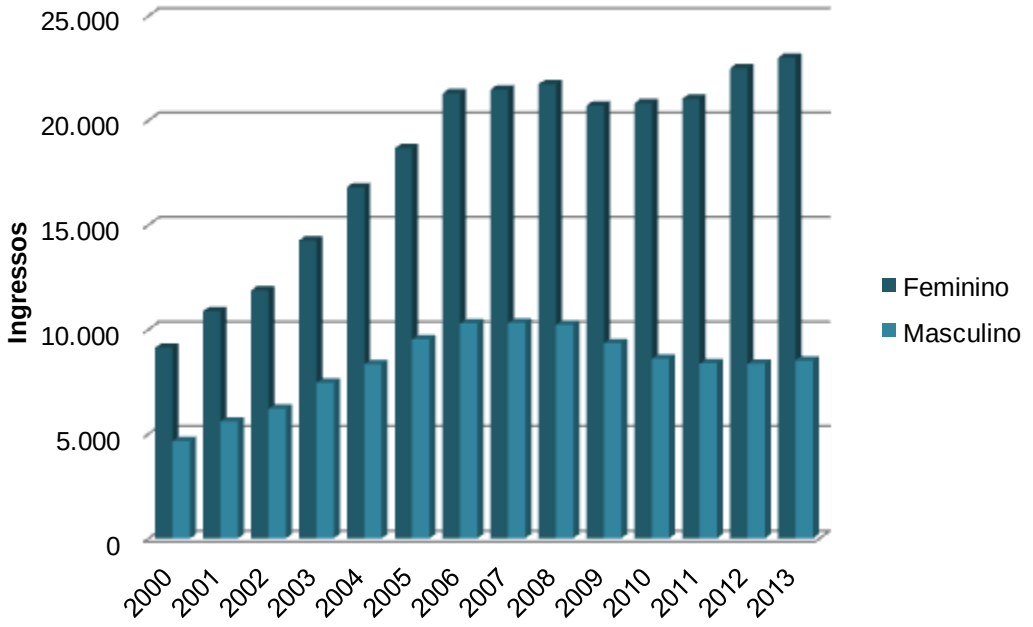
Gráfico 26. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 27 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo, no qual fica evidente a predominância do sexo feminino durante todo o período analisado. De igual forma, a taxa de crescimento foi superior entre elas: 152,0% contra 83,1 no sexo masculino.

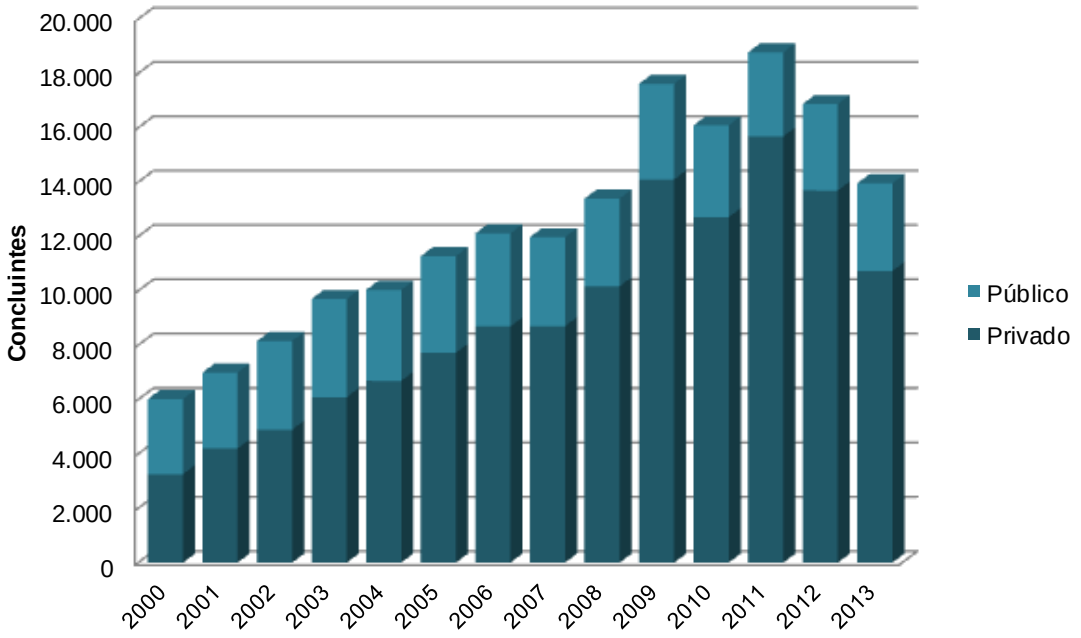
Gráfico 27. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 28 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em farmácia, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Já em 2000 os concluintes de cursos privados eram a maioria, porém com uma diferença mínima entre as esferas: 54,1% no setor privado e 45,9%, no público. Com o decorrer dos anos, essa diferença foi aumentando, e, em 2013, os concluintes da esfera privada corresponderam a 76,9%. Nessa esfera, a taxa de crescimento do número de concluintes no período foi de 229,7%, enquanto que na pública foi de apenas 16,7%. A variação de concluintes no Brasil, no mesmo período foi de 131,8%.

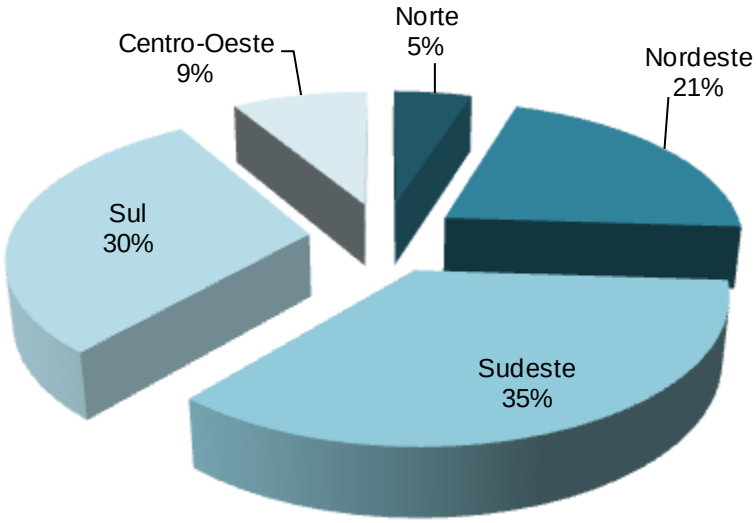
Gráfico 28. Concluintes nos cursos de graduação em farmácia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que 35,0% dos concluintes de graduação em farmácia do Brasil eram provenientes da região Sudeste e 30,0 da Sul (Gráfico 29).

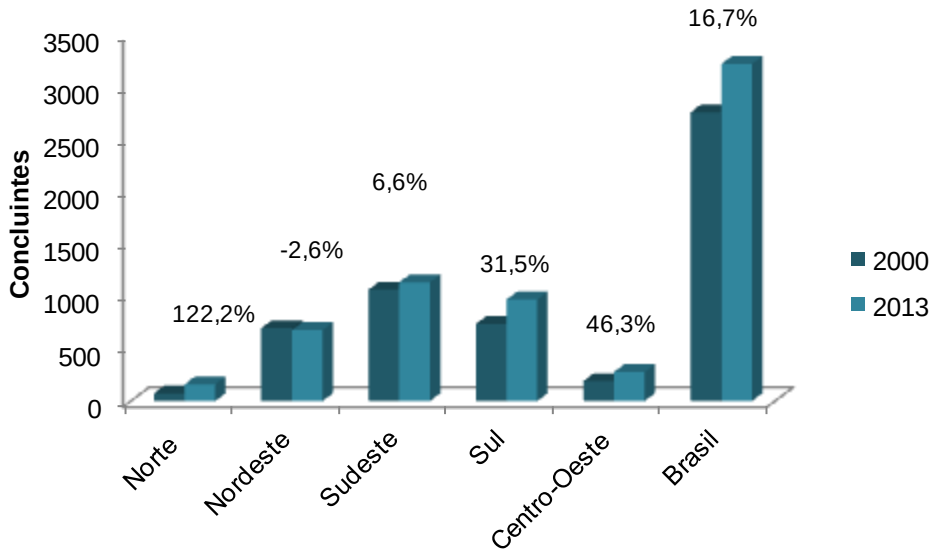
Gráfico 29. Distribuição de ingressantes em cursos de farmácia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que a regiões Norte apresentou o maior percentual de elevação: 122,2%; a região Nordeste, por sua vez, apresentou taxa negativa, isto é, o número de concluintes em 2013 foi inferior ao de 2000 (Gráfico 30).

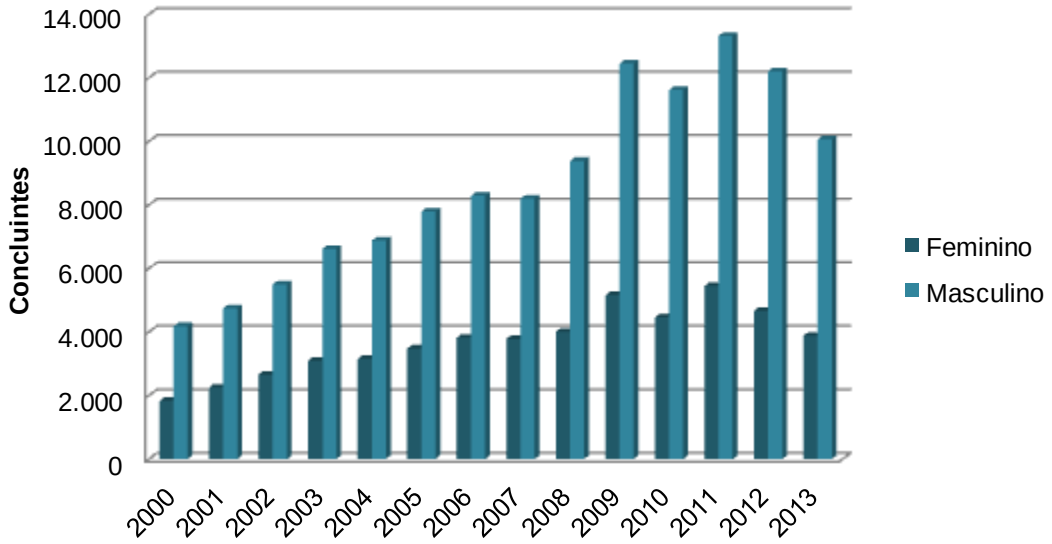
Gráfico 30. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em farmácia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 31apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo; nele se observa que os egressos do sexo masculino predominaram durante todo o período. Embora a diferença entre o percentual de homens e mulheres concluintes tenha diminuído, a taxa de incremento foi superior entre eles: 140,7% contra 111,7%, entre as mulheres.

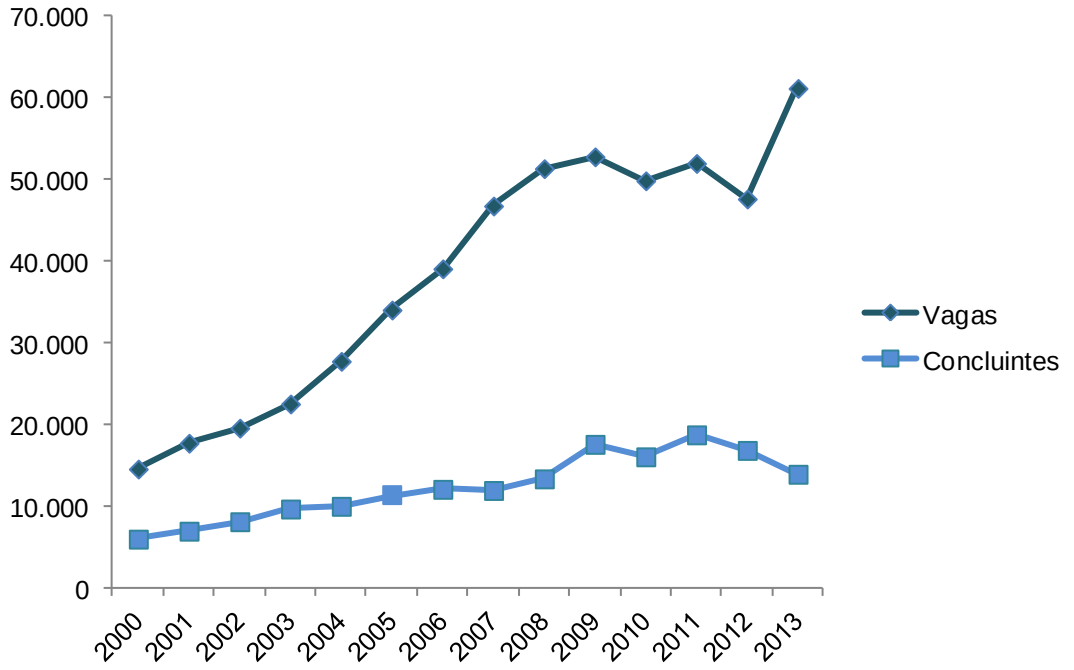
Gráfico 31. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em farmácia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 32 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em farmácia nos últimos anos. Ao longo do período 2000-2013 as taxas de incremento das variáveis foram positivas. Entre o ano de 2012 e 2013, no entanto, se observou uma inflexão no número de concluintes (-17,3%), enquanto as vagas aumentaram 27,4% no mesmo período.

Gráfico 32. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2010

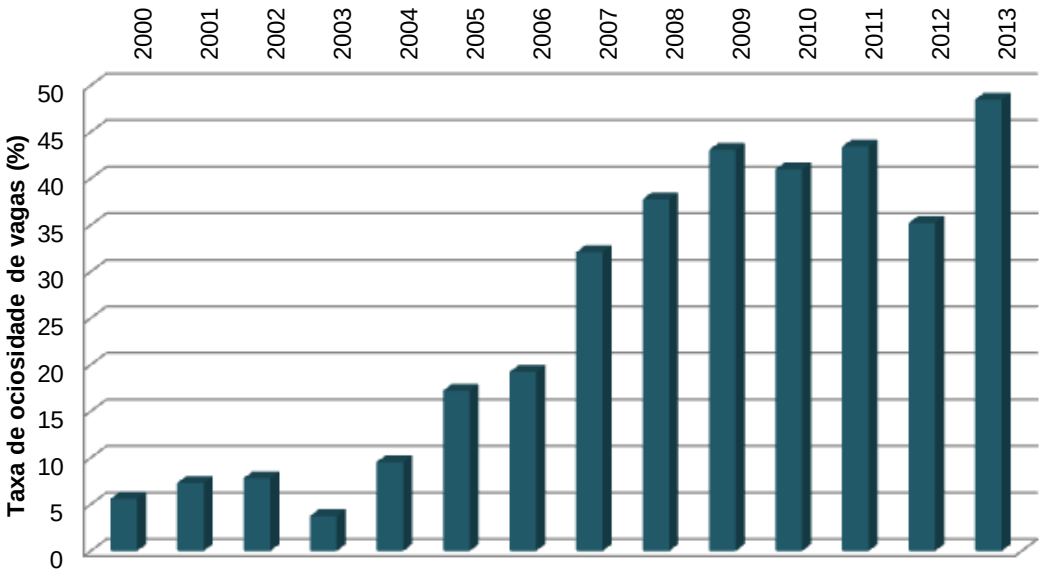


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 33, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[e] em cursos de farmácia. Durante todo o período 2000-2013 o número de ingressantes foi inferior ao número de vagas ofertadas, acarretando taxas de ociosidade cada vez maiores com o decorrer dos anos. Em 2000, essa taxa correspondeu a 5,6%; em 2013 ela foi igual a 48,5%.

[e] Percentual de vagas não preenchidas.

Gráfico 33. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 34 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas ofertadas nos cursos de graduação de farmácia, no período 2000-2013. A concorrência foi de 5,2 e de 2,4 inscritos por vaga, em 2000 e 2013, respectivamente, indicando uma taxa de arrefecimento desta relação, no período, de -54,0%.

Gráfico 34. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em farmácia. Brasil, 2000-2013

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 3 apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em farmácia por estado brasileiro, em 2013. Nela, nota-se concentração dessas variáveis nos estados de São Paulo e Minas Gerais; e o menor número delas é observado em estados da região Norte: Acre, Amapá e Tocantins.

Tabela 3. Cursos, vagas e concluintes de graduação em farmácia por estado brasileiro. Brasil, 2013

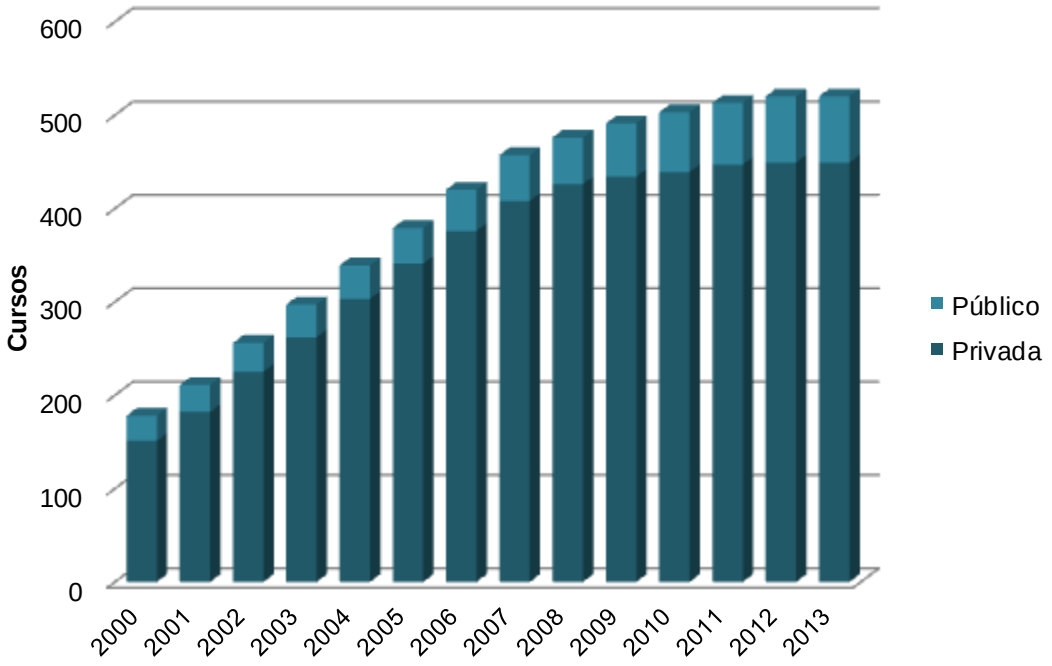
Estado	Cursos	Vagas	Concluintes
Acre	1	100	-
Alagoas	3	519	104
Amapá	2	163	15
Amazonas	5	1.250	208
Bahia	18	2.667	403
Ceará	10	1.399	228
Distrito Federal	11	1.295	248
Espírito Santo	14	1.459	287
Goiás	23	3.065	750
Maranhão	6	811	277
Mato Grosso	11	1.341	234
Mato Grosso do Sul	7	571	91
Minas Gerais	64	8.343	1.761
Pará	6	421	194
Paraíba	9	897	220
Paraná	38	2.969	992
Pernambuco	7	1.446	175
Piauí	6	742	107
Rio de Janeiro	30	4.605	1.083
Rio Grande do Norte	3	358	159
Rio Grande do Sul	25	2.564	599
Rondônia	8	570	231
Roraima	1	100	35
Santa Catarina	18	1.864	624
São Paulo	112	20.898	4.714
Sergipe	3	419	60
Tocantins	3	321	158
Total	**444**	**61.157**	**13.957**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Evolução dos cursos de graduação em fisioterapia 2000-2013

Dados do INEP de 2013 apontam a existência de 520 cursos de fisioterapia em todo o Brasil, dos quais 86,3% (n=449) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em fisioterapia no Brasil, conforme o, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. No ano de 2000 já existiam mais cursos privados que públicos. A taxa de crescimento, no período 2000-2013, da soma de todos os cursos foi de foi de 192,1%; cresceu 163,9% entre os cursos públicos, e 197,4% entre os privados.

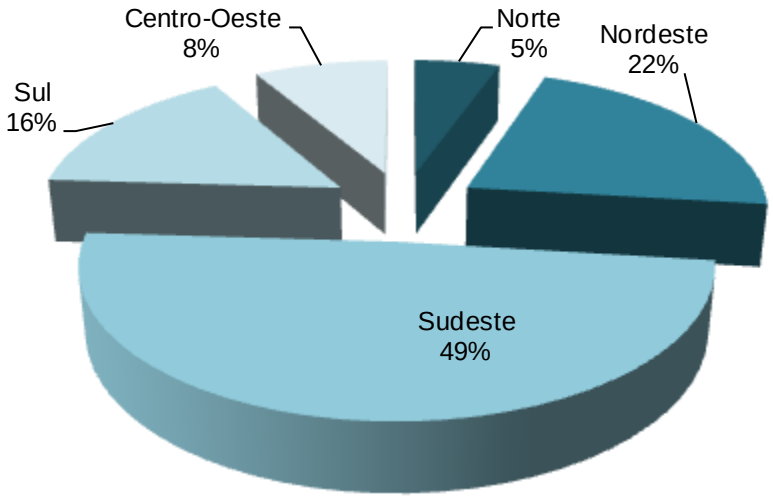
Gráfico 35. Evolução dos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga quase 50,0% dos cursos de graduação em fisioterapia do Brasil. As regiões Norte e Centro-Oeste possuem, em seu território, o menor número de cursos.

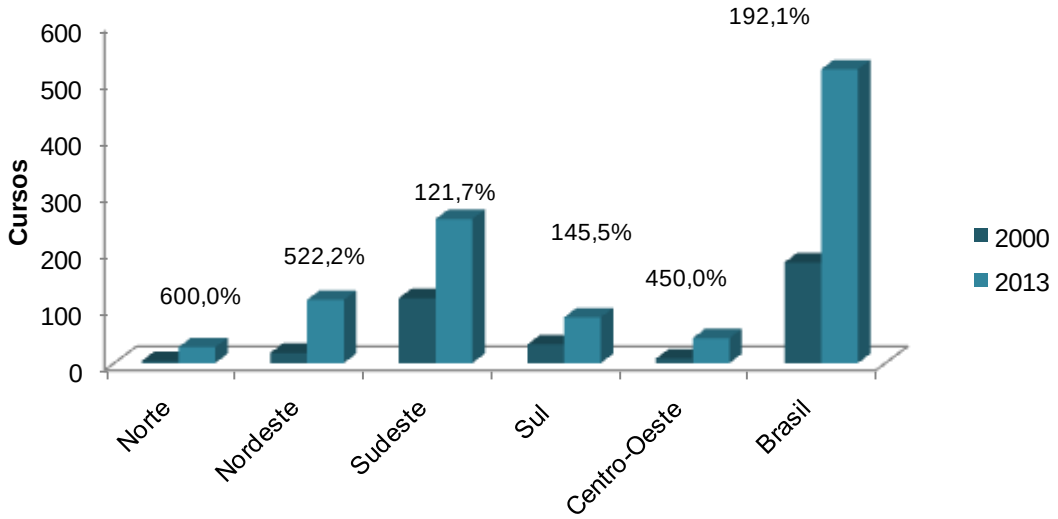
Gráfico 36. Distribuição de cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de cursos de graduação em fisioterapia por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país. Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que esta região foi a que apresentou o menor percentual de acréscimo no número de cursos. O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 192,1%.

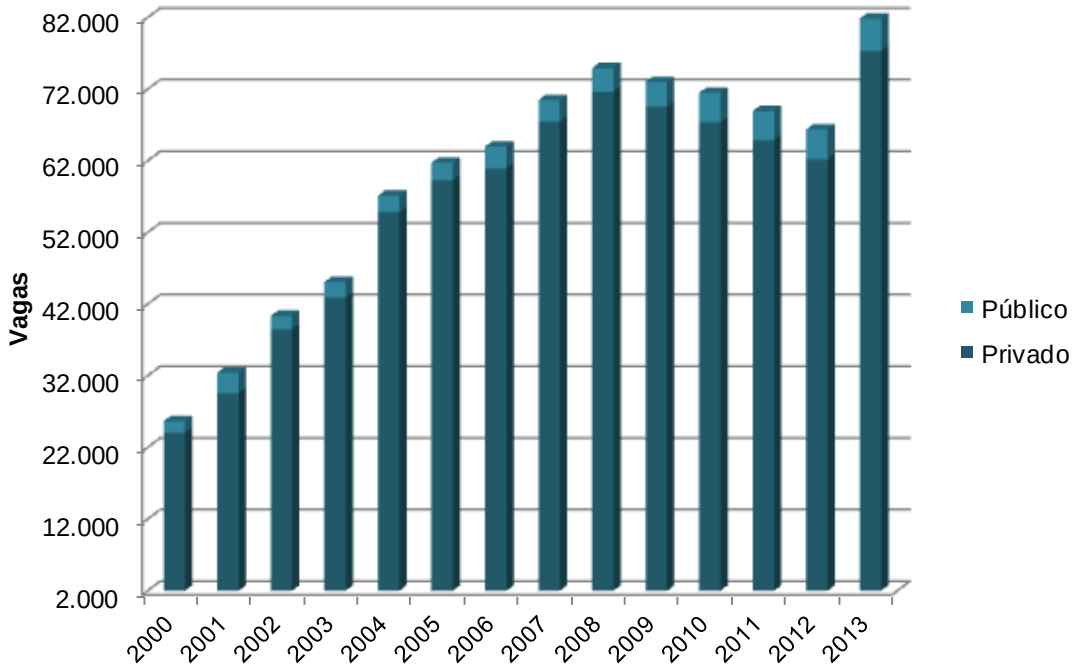
Gráfico 37. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas de fisioterapia no país obteve um crescimento de 218,9%, com predominância das vagas privadas, que somaram 77.286, em 2013. A variação no período 2000-2013 foi de 221,2% no setor privado e de 184,1% no público.

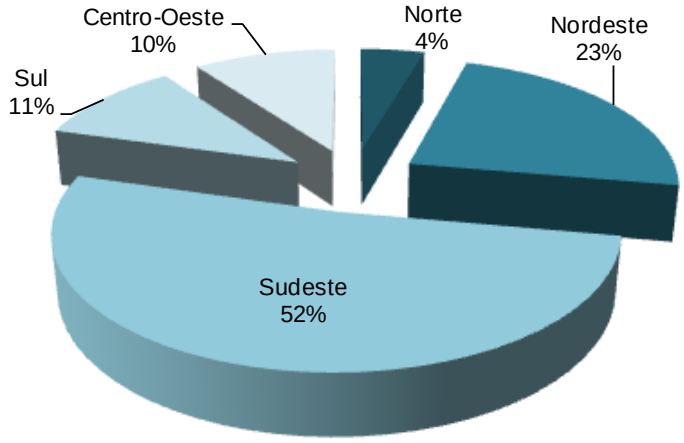
Gráfico 38. Percentual de vagas de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco mais de 50,0% do total de vagas de graduação em fisioterapia do Brasil. As regiões Norte e Centro-Oeste disponibilizam os menores percentuais.

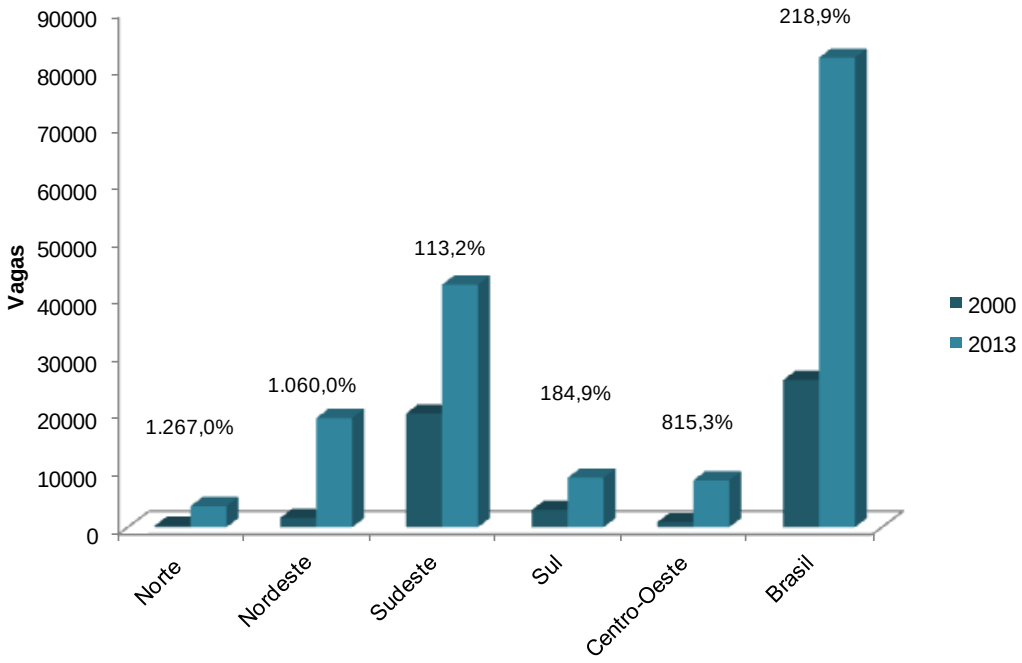
Gráfico 39. Distribuição de vagas de fisioterapia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em fisioterapia, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Norte (1.267,0%).

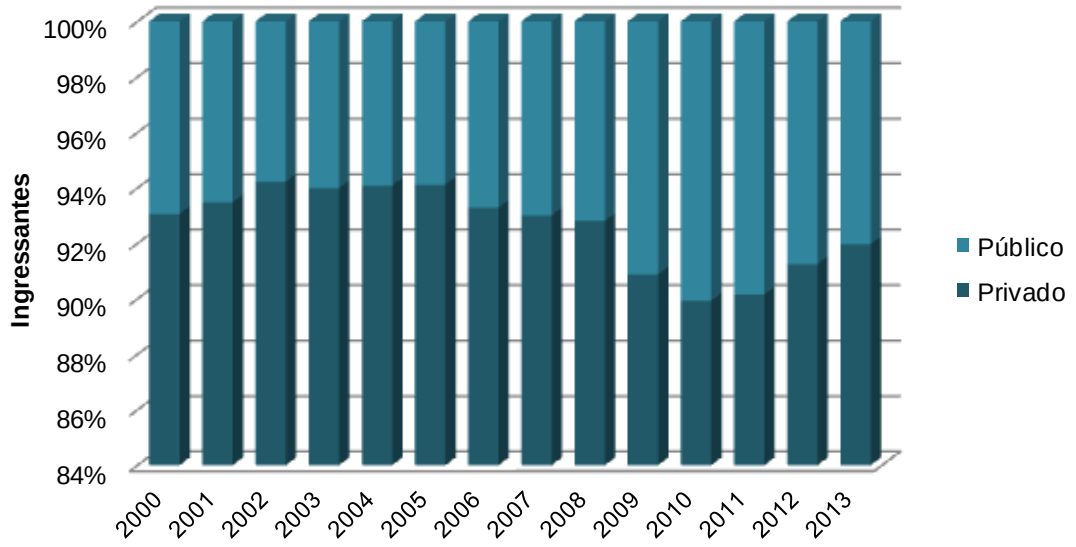
Gráfico 40. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de fisioterapia no país, em 2013, foi de 43.436; em 2000, os ingressantes não passaram de 25.000. A variação nesse período foi de 79,8%. Apesar de o percentual de crescimento entre os ingressantes em cursos públicos ter sido superior no período 2000-2013: 108,0% contra 77,7% no setor privado, os ingressantes dessa última esfera corresponderam a 92,0% do total (Gráfico 7).

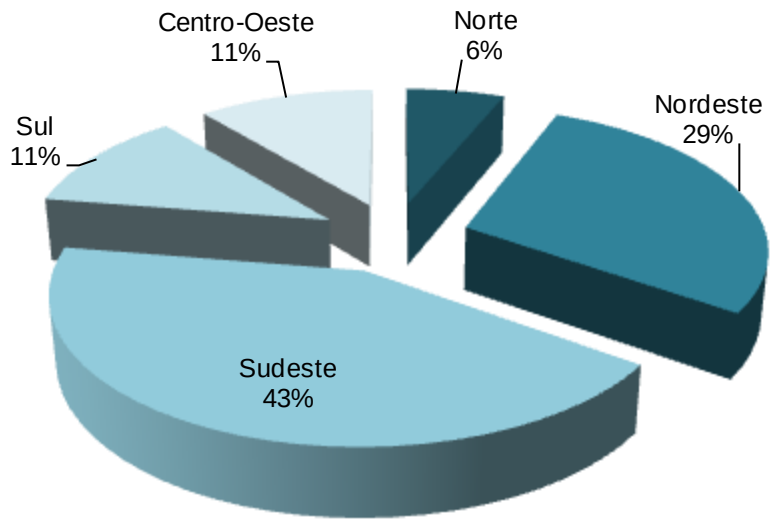
Gráfico 41. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados mais atuais apontam que 43,0% dos ingressos em cursos de graduação em fisioterapia, em 2013, se deram em instituições de ensino da região Sudeste.

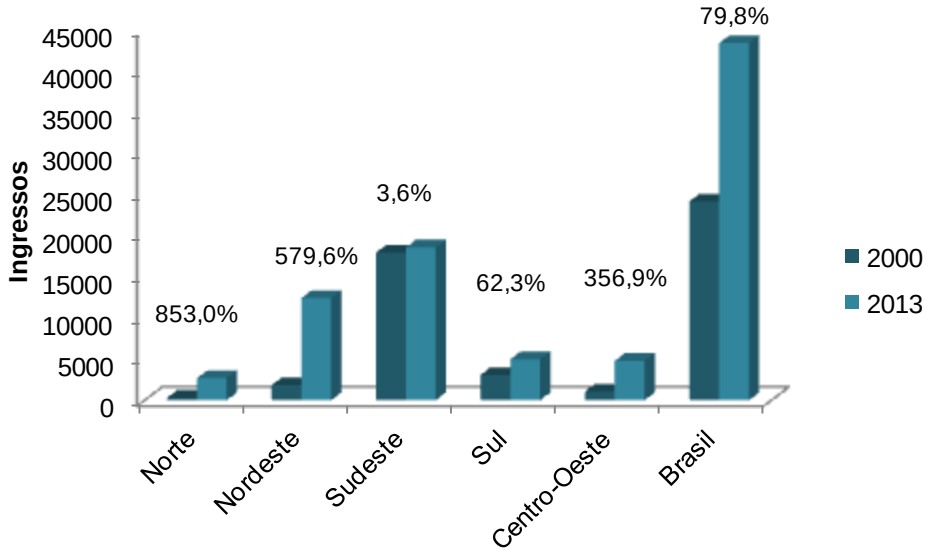
Gráfico 42. Distribuição de ingressantes em cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressantes nos cursos de graduação em fisioterapia, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste apresentou a menor taxa de incremento. A região Norte, por sua vez, foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período.

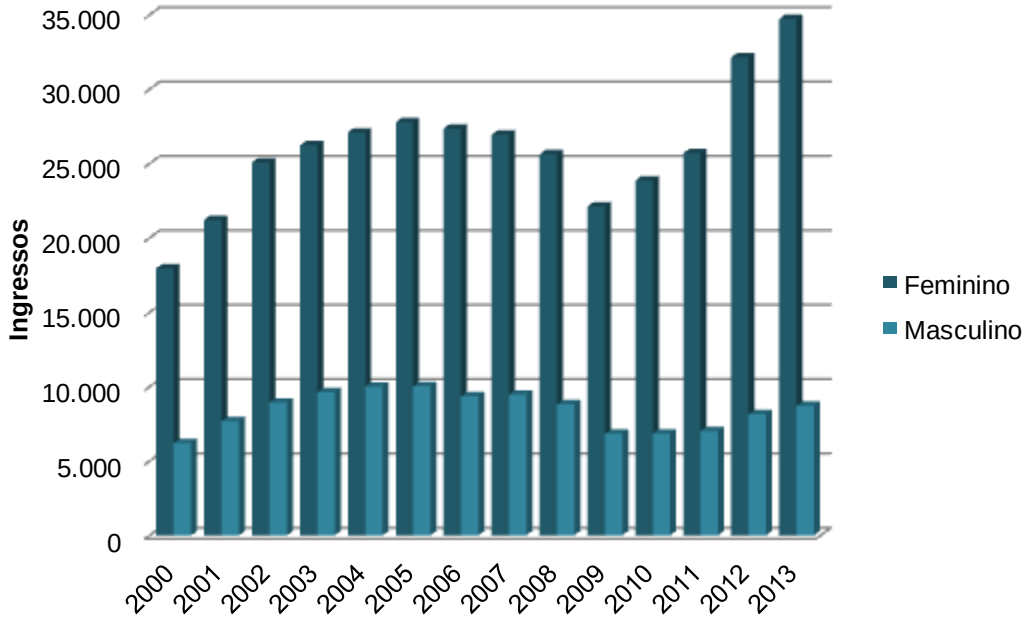
Gráfico 43. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 44 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo, no qual fica evidente a predominância do sexo feminino durante todo o período analisado. De igual forma, a taxa de crescimento foi superior entre elas: 93,5% contra 40,1 no sexo masculino.

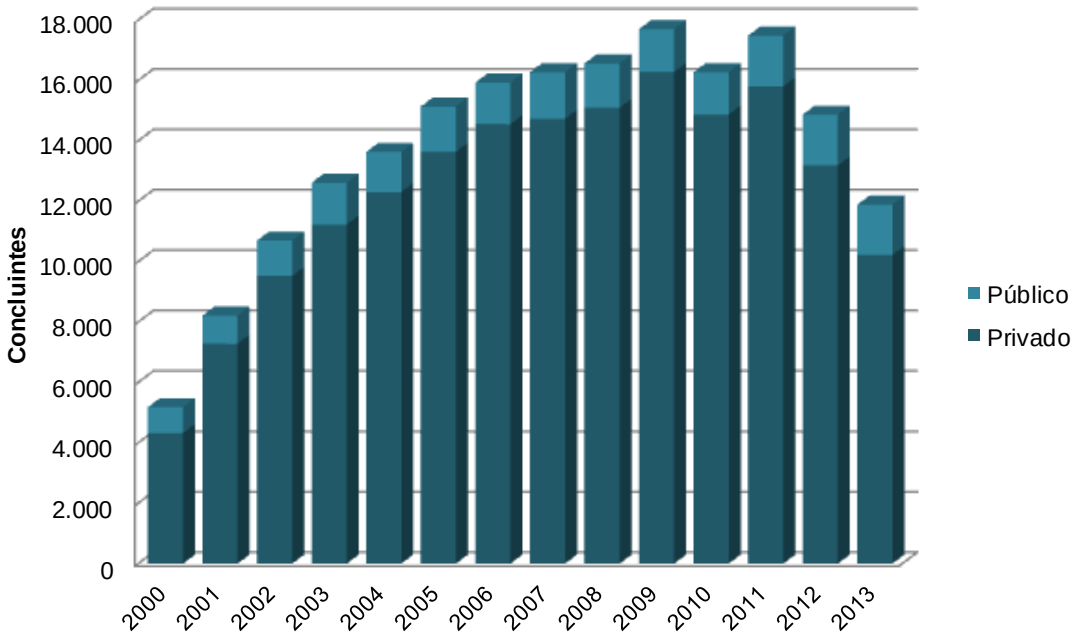
Gráfico 44. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 45 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em fisioterapia, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Os concluintes de cursos privados somaram 4.322, em 2000, passando para 10.225 em 2013, correspondente a uma taxa de crescimento de 136,6%. O incremento de número de egressos de cursos públicos foi de apenas 93,2%.

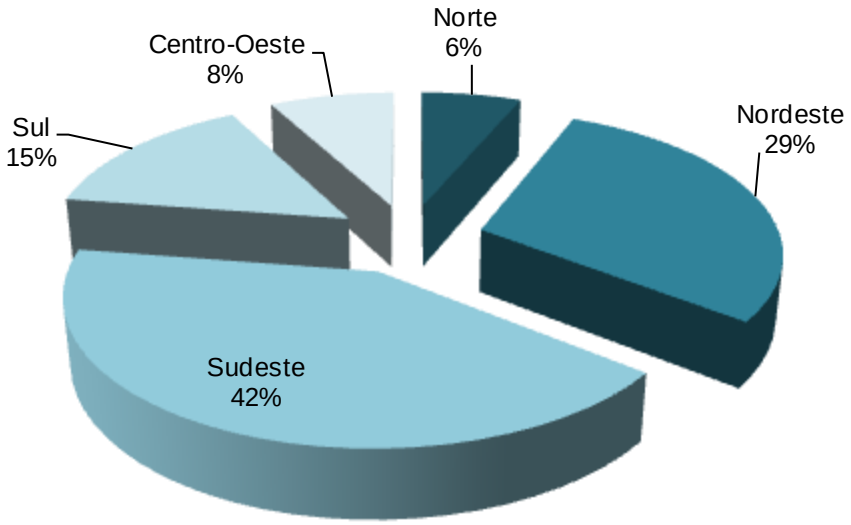
Gráfico 45. Concluintes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que 42,0% dos concluintes de graduação em fisioterapia do Brasil eram provenientes da região Sudeste e 29,0 da Nordeste (Gráfico 46).

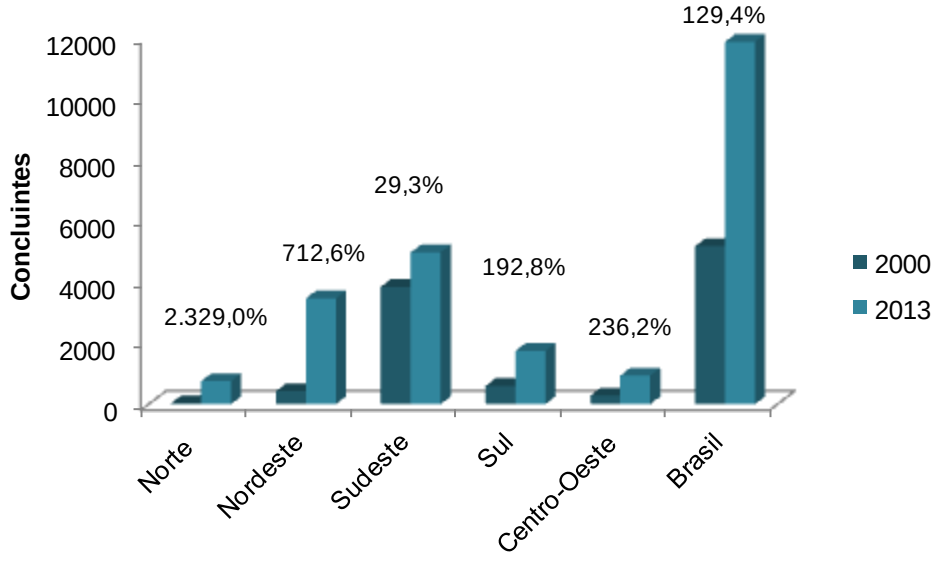
Gráfico 46. Distribuição de concluintes em cursos de fisioterapia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que a região Norte apresentou o maior percentual de elevação: 2.329,0%, passando de 31, em 2000, para 753, em 2013 (Gráfico 47).

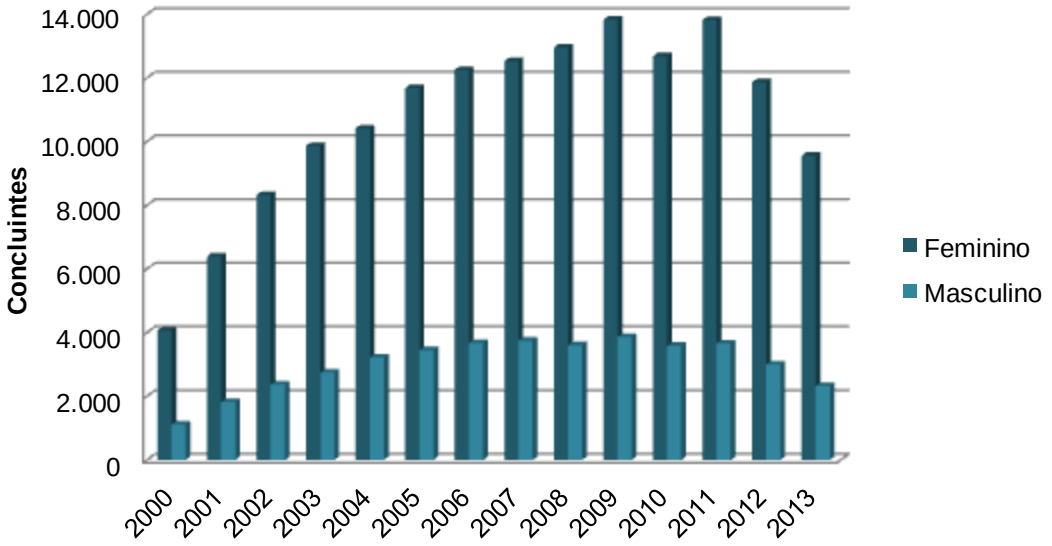
Gráfico 47. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em fisioterapia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 48 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo; nele se observa que os egressos do sexo feminino predominaram durante todo o período. Embora a diferença entre o percentual de homens e mulheres concluintes tenha diminuído, a taxa de incremento foi superior entre elas: 135,1% contra 108,5%, entre as mulheres.

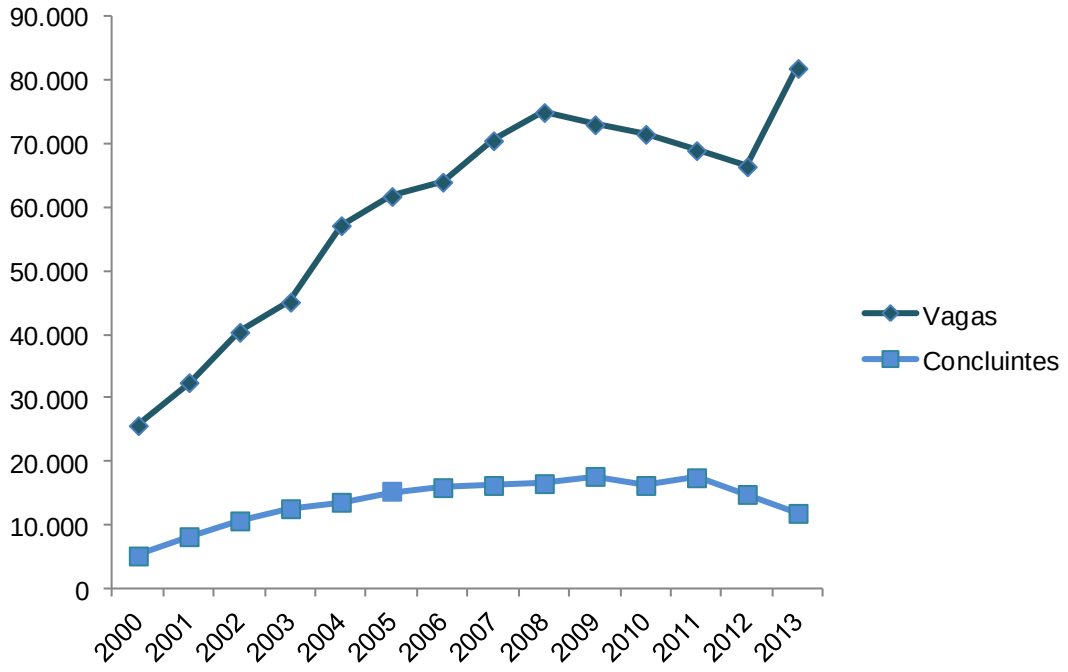
Gráfico 48. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em fisioterapia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 49 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em fisioterapia nos últimos anos. Ao longo do período 2000-2013 as taxas de incremento das variáveis foram positivas. Entre o ano de 2012 e 2013, no entanto, se observou uma inflexão no número de concluintes (-20,1%), enquanto as vagas aumentaram 23,3% no mesmo período.

Gráfico 49. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2010

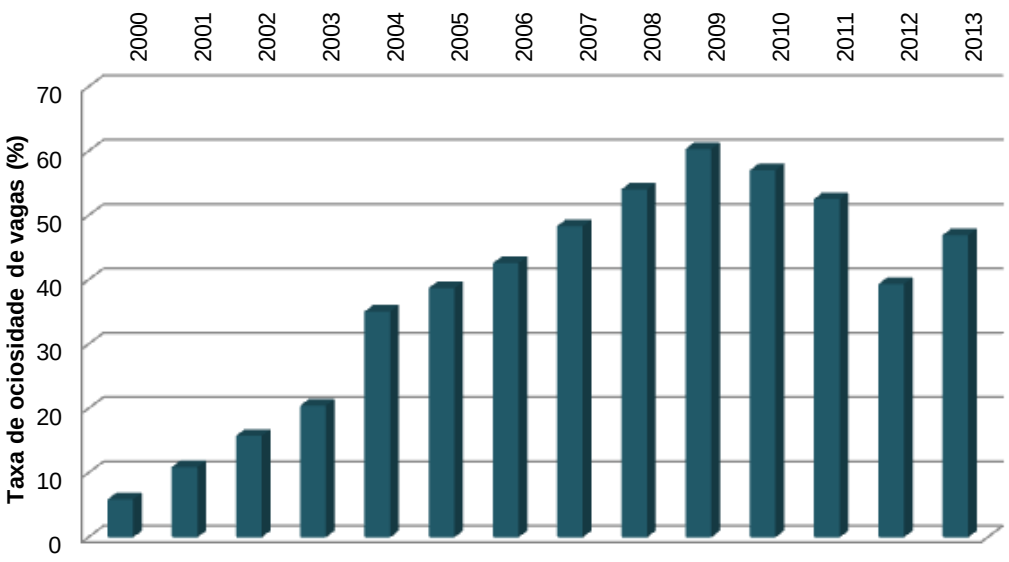


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 50, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[f] em cursos de fisioterapia. Durante todo o período 2000-2013 o número de ingressantes foi inferior ao número de vagas ofertadas, acarretando taxas de ociosidade cada vez maiores com o decorrer dos anos. Em 2000, essa taxa correspondeu a 5,9%; em 2013 ela foi igual a 46,9%.

[f] Percentual de vagas não preenchidas.

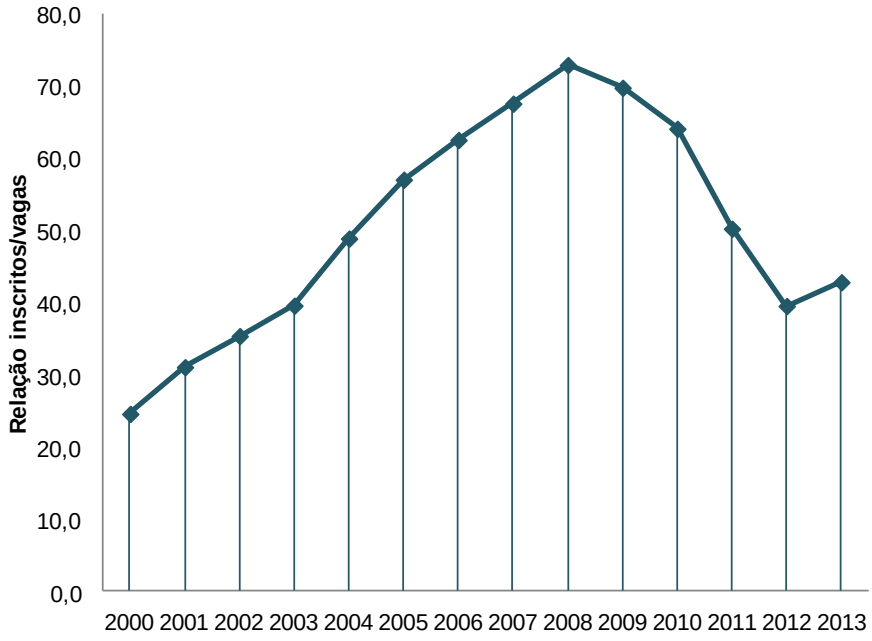
Gráfico 50. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 51 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas ofertadas nos cursos de graduação de fisioterapia, no período 2000-2013. A concorrência foi de 4,1, em 2000, e de 2,3 inscritos por vaga, em 2013.

Gráfico 51. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em fisioterapia. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 4 apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em fisioterapia por estado brasileiro, em 2013. Nela, nota-se concentração dessas variáveis nos estados de São Paulo e Minas Gerais; e o menor número delas é observado em estados da região Norte: Acre, Amapá e Tocantins.

Tabela 4. Cursos, vagas e concluintes de graduação em fisioterapia por estado brasileiro. Brasil, 2013

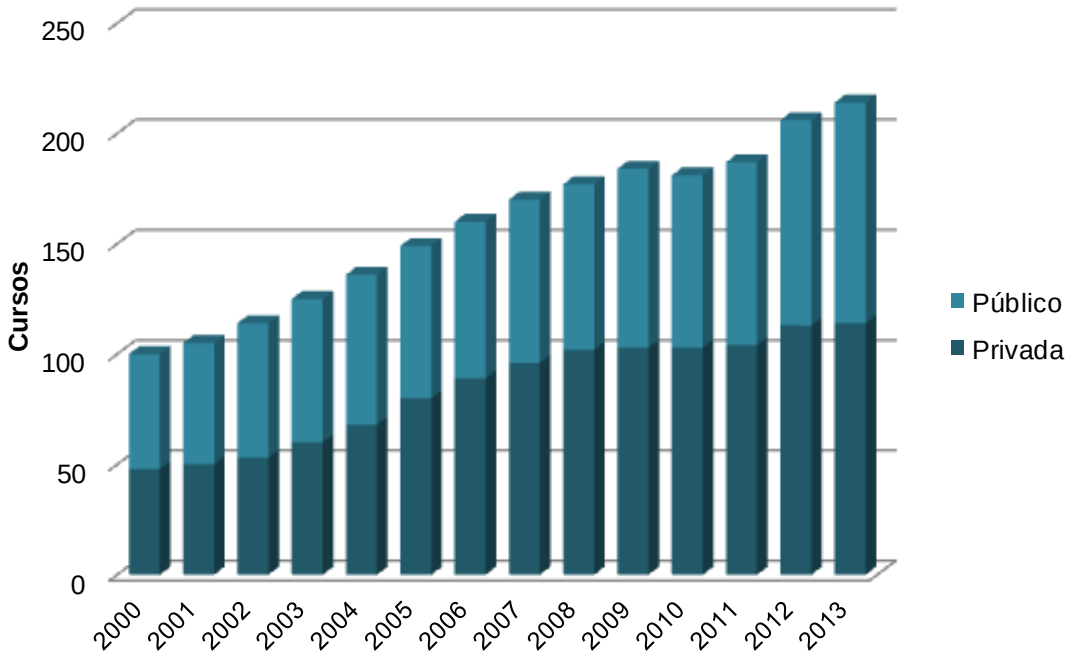
Estado	Cursos	Vagas	Concluintes
Acre	2	300	67
Alagoas	8	1.080	228
Amapá	3	568	47
Amazonas	5	728	194
Bahia	34	6.728	798
Ceará	14	2.809	604
Distrito Federal	7	1.300	163
Espírito Santo	8	747	164
Goiás	18	2.837	412
Maranhão	3	455	286
Mato Grosso	7	1.450	148
Mato Grosso do Sul	9	1.285	65
Minas Gerais	56	6.321	964
Pará	6	534	156
Paraíba	11	1.900	387
Paraná	33	3.265	692
Pernambuco	15	2.631	409
Piauí	13	1.671	359
Rio de Janeiro	48	5.431	979
Rio Grande do Norte	8	981	238
Rio Grande do Sul	29	3.451	803
Rondônia	7	777	105
Roraima	1	50	33
Santa Catarina	19	1.928	253
São Paulo	148	31.669	3.101
Sergipe	5	696	116
Tocantins	3	274	114
Total	**520**	**81.866**	**11.885**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Evolução dos cursos de graduação em medicina 2000-2013

Dados do INEP de 2013[79] processados pelo Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde[80] apontam a existência de 214 cursos de medicina em todo o Brasil, dos quais 53,3% (n=114) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em medicina no Brasil, conforme o Gráfico 1, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. No ano de 2000, existiam mais cursos públicos que privados. Em 2005, o cenário se inverteu: o setor privado ultrapassou, em número de cursos, o setor público. Embora na esfera pública o aumento do número de cursos também tenha se no período 2000-2013 (92,3%), o de natureza privada foi superior (137,5%). A taxa de crescimento no mesmo período da soma de todos os cursos foi de 114,0%.

Gráfico 52. Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013

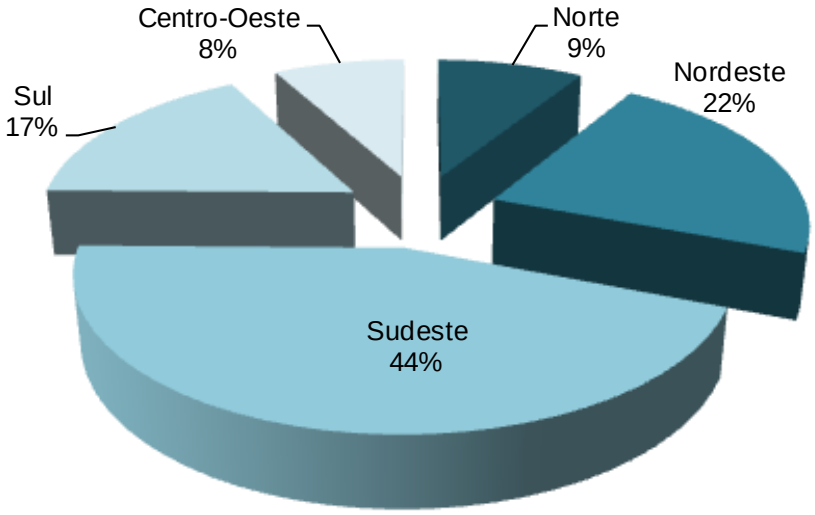


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga pouco menos da metade dos cursos de graduação em medicina do Brasil. As

regiões Centro-Oeste e Norte possuem, em seu território, o menor número de cursos (Gráfico 53).

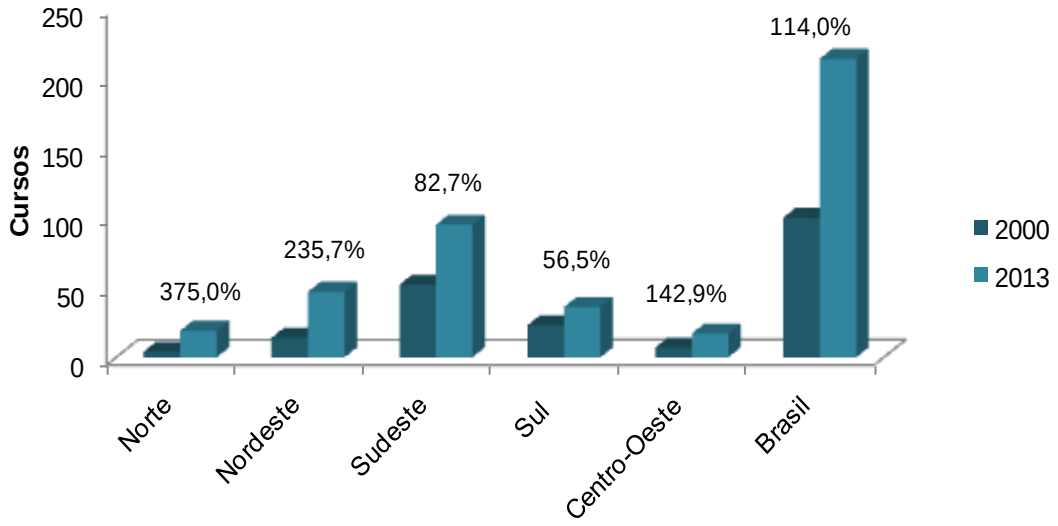
Gráfico 53. Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a tendência do número de cursos de graduação em medicina por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país (n=95). Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos de medicina foram a Norte (n=375,0%) e Nordeste (n=235,7%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 114,0% (Gráfico 54).

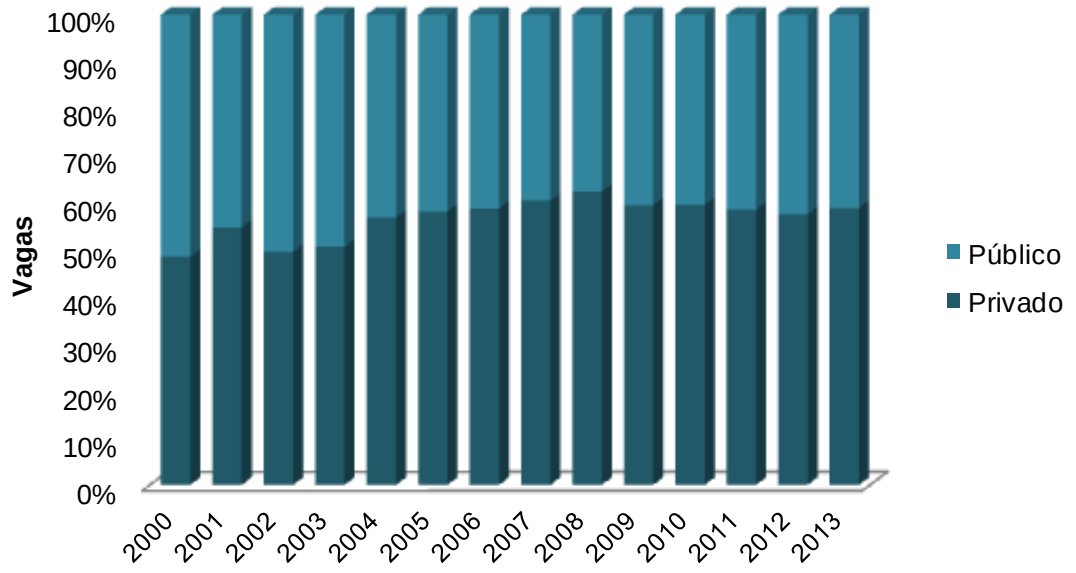
Gráfico 54. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas no país obteve um crescimento de 108,7%, passando de 9.906 para 20.670 vagas. Até 2000, o setor público era responsável por ofertar o maior percentual de vagas de medicina. Em 2001, o setor privado disponibilizou 54,7%, e no ano seguinte, 49,6% do total de vagas. Desde 2003 predominam as vagas privadas, as quais, em 2013, somaram 12.180 correspondentes a 58,9% do total. A variação no período 2000-2013 foi de 153,5% no setor privado e de apenas 66,4% no público. O incremento total (Brasil) no mesmo período foi de 108,7% (Gráfico 55).

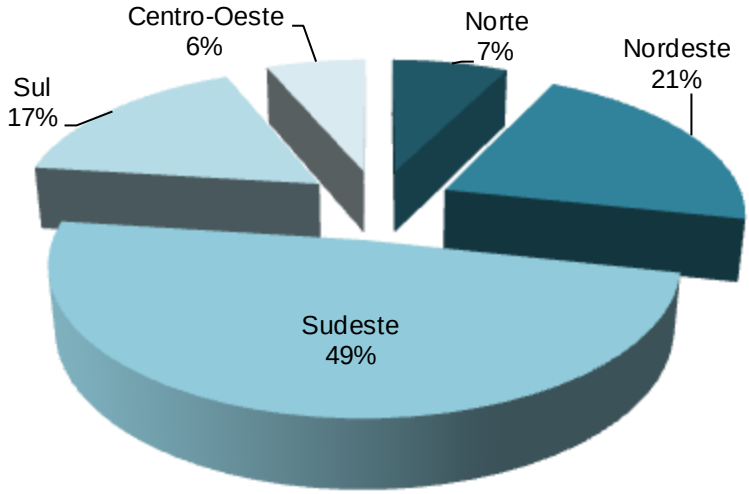
Gráfico 55. Percentual de vagas de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco menos de 50% do total de vagas de graduação em medicina do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 56).

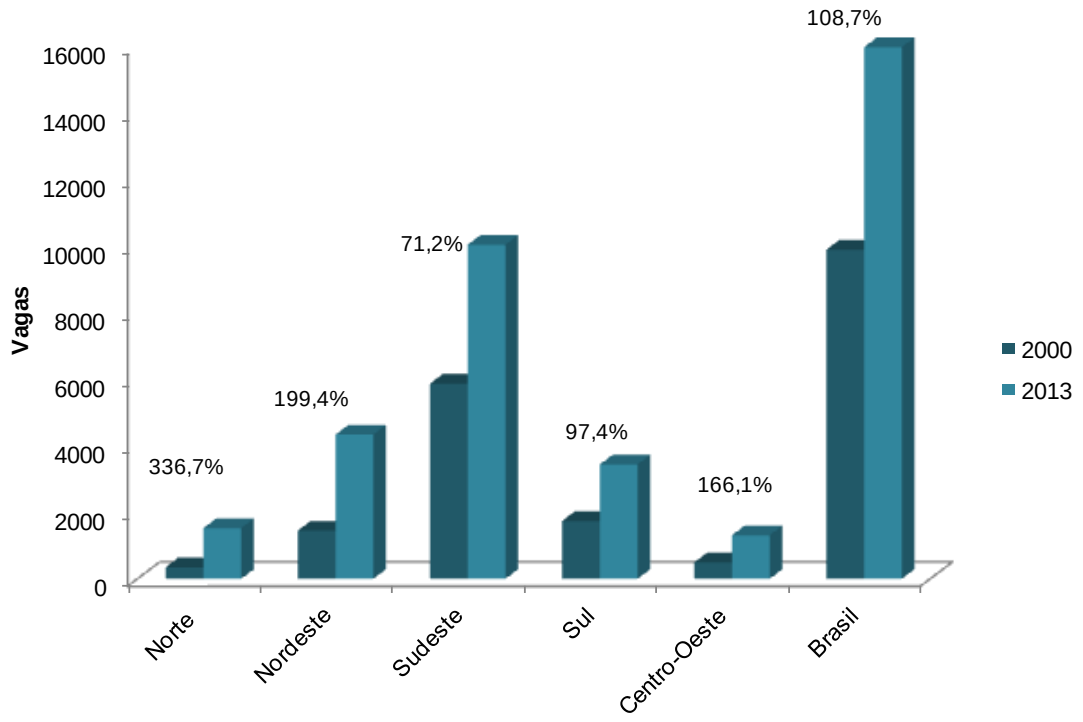
Gráfico 56. Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em medicina, segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Norte (336,7%), enquanto a Sudeste apresentou o menor incremento (71,2%) (Gráfico 57).

Gráfico 57. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013

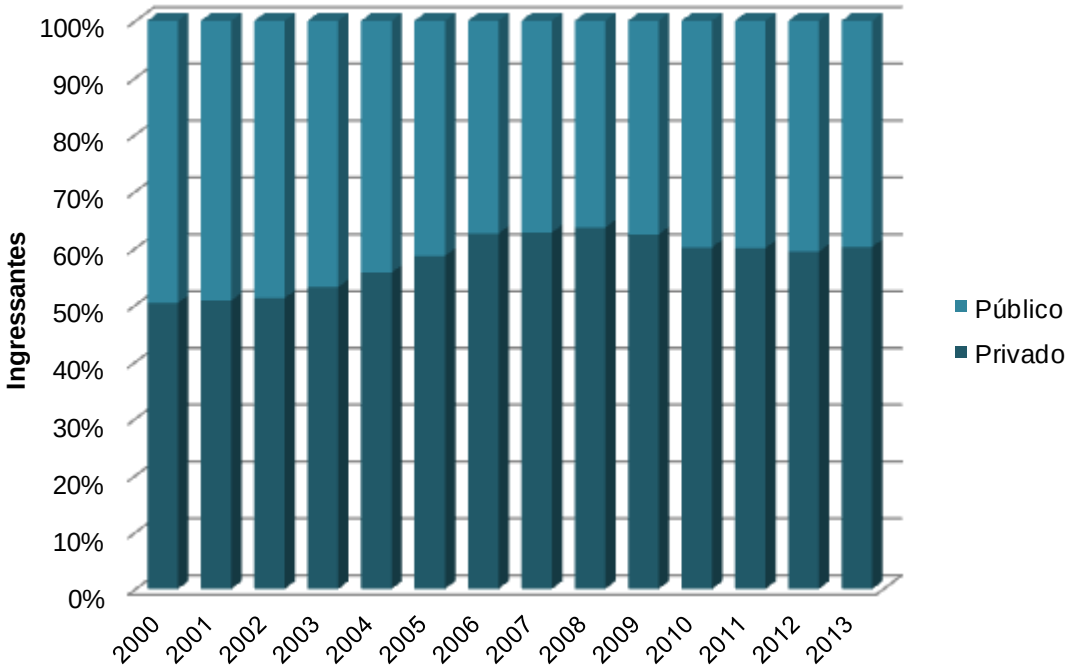


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de medicina no país, em 2013, foi de 21.182; em, 2000, os ingressantes não passaram de 11.000. A variação nesse período foi de 95,9%. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que, no mesmo período, o crescimento do número de ingressantes em cursos dessa esfera foi de 134,4%, ao passo que no setor público, a taxa foi de apenas 57,0%.

Nota-se pelo Gráfico 58 que: no ano 2000 o número de ingressantes já era maior que no setor privado; em 2008, deu-se a maior diferença entre o número de ingressantes entre as duas esferas: 63,6% no setor privado contra 36,4% no setor público; em 2013, ingressaram, no setor privado, 60,2% do total de ingressantes nos cursos de medicina do Brasil.

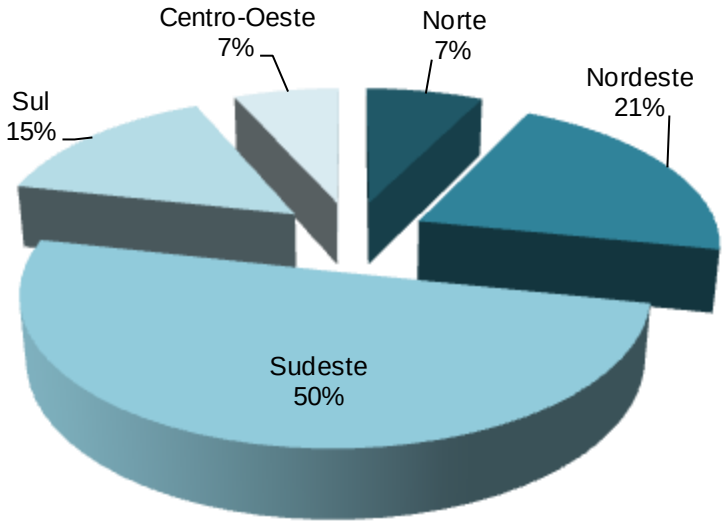
Gráfico 58. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados mais atuais apontam que metade dos ingressantes em cursos de graduação em medicina, em 2013, se deu em instituições de ensino da região Sudeste. O menor percentual de ingressos se deu na região Centro-Oeste (Gráfico 59).

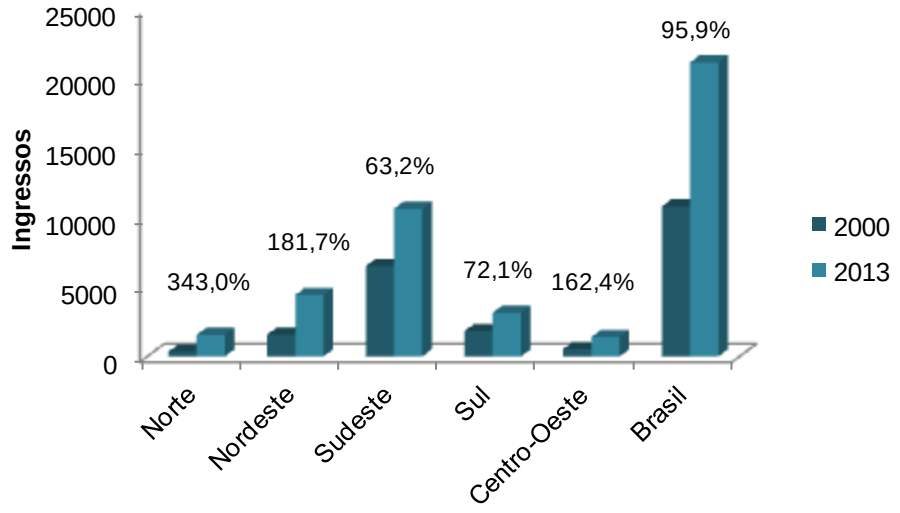
Gráfico 59. Distribuição de ingressantes em cursos de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste apresentou a menor taxa de incremento. Não obstante, no decorrer desse período, o maior número de ingressos se deu nesta região. A região Norte foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período, seguida da região Nordeste (Gráfico 60).

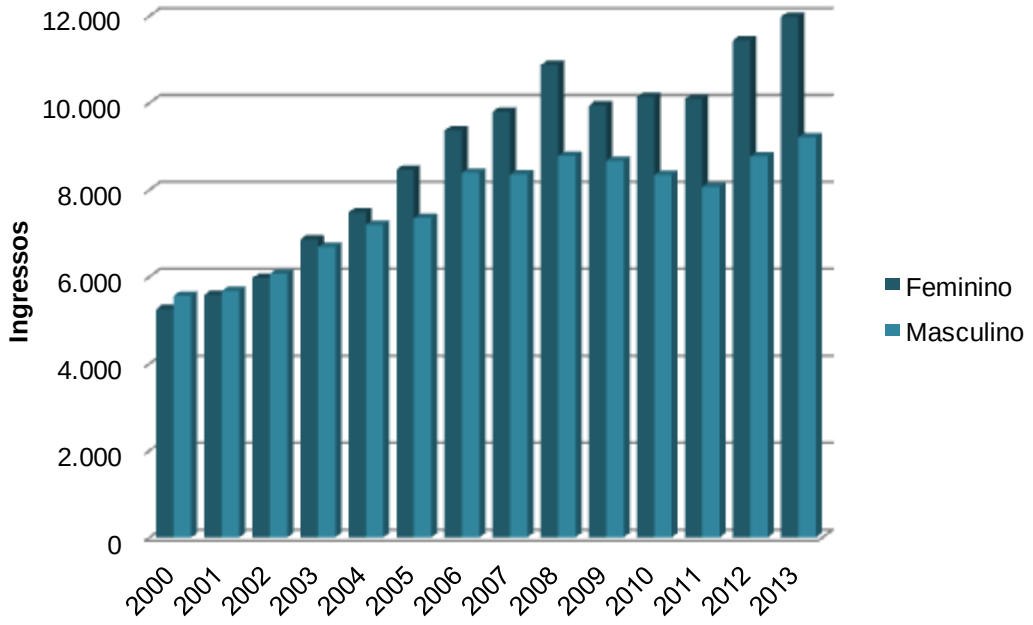
Gráfico 60. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 61 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo. Observa-se que nos anos iniciais da década dos anos 2000, a maior proporção de ingressantes era de homens. A partir de 2004, as mulheres já eram a maioria nos cursos de medicina. Em 2012, se deu a maior diferença entre os ingressantes do sexo feminino e masculino: 56,6% contra 43,4%. A variação no período 2000-2013 foi de 128,0% no sexo feminino, e de apenas 65,6% no sexo masculino.

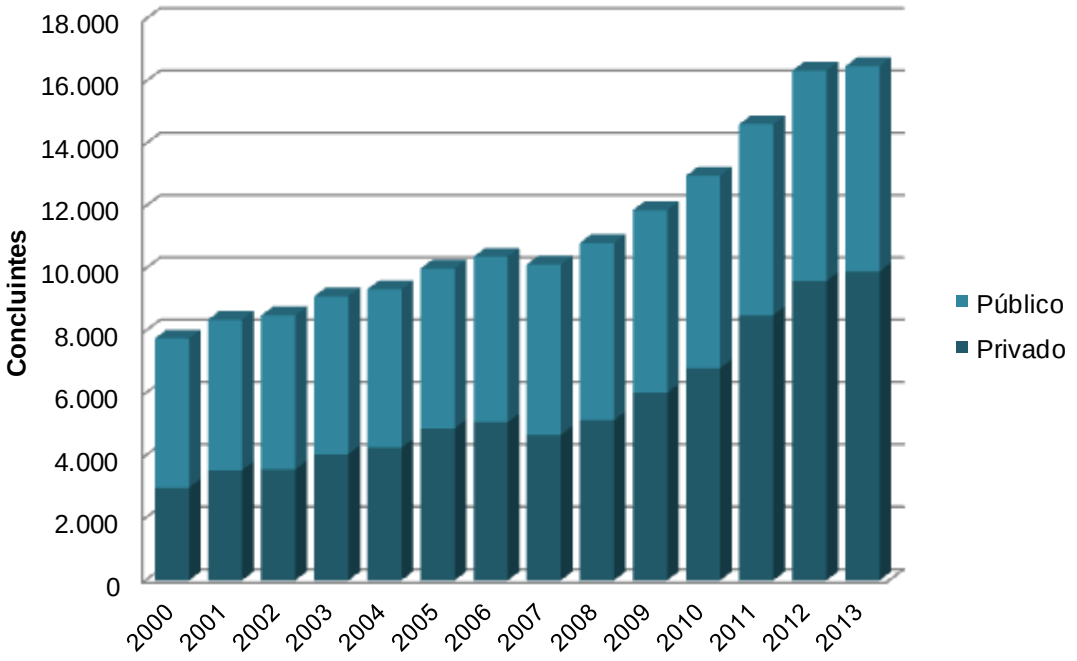
Gráfico 61. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 62 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em medicina, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Visualiza-se que, no ano 2000, a diferença de concluintes entre as esferas era de quase o dobro, com maior número na esfera pública. A partir de 2009, o número de egressos passa a ser maior na esfera privada. Consequentemente, a taxa de crescimento do número de egressos na esfera privada no período foi de 233,0%, enquanto que na pública foi de apenas 37,7%. A variação de concluintes no Brasil, no mesmo período foi de 112,6%.

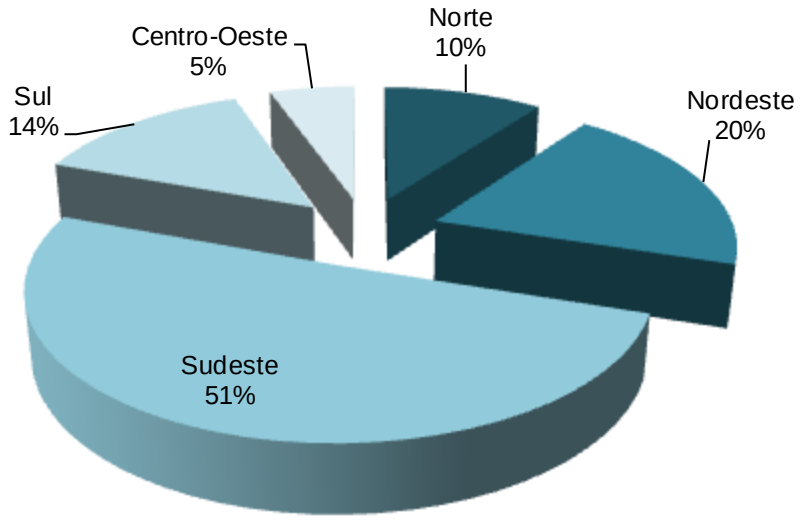
Gráfico 62. Concluintes nos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que pouco mais da metade dos concluintes de graduação em medicina do Brasil eram provenientes da região Sudeste. As regiões Centro-Oeste e Norte foram as que formaram menor número de médicos (Gráfico 63).

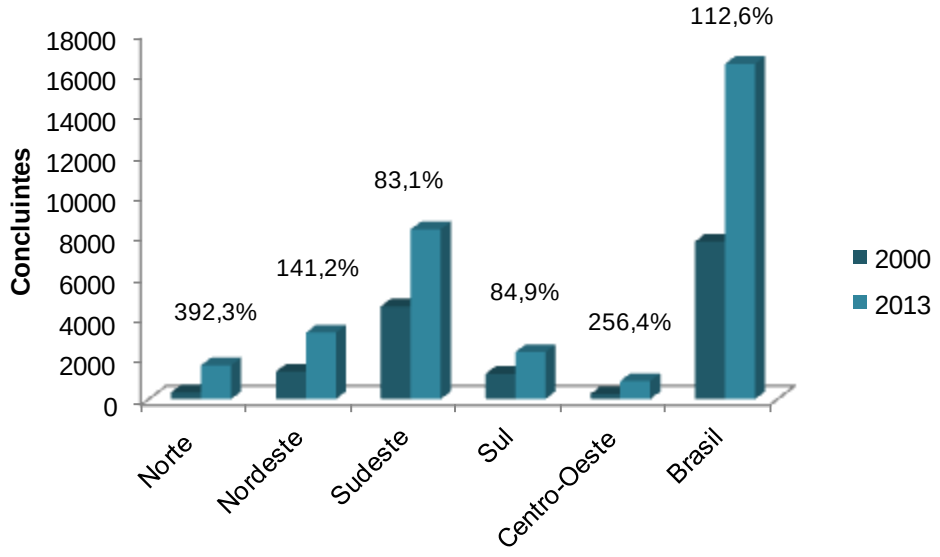
Gráfico 63. Distribuição de ingressantes em cursos de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os maiores percentuais de elevação, quais sejam: 392,3% e 256,4%, nesta ordem (Gráfico 64).

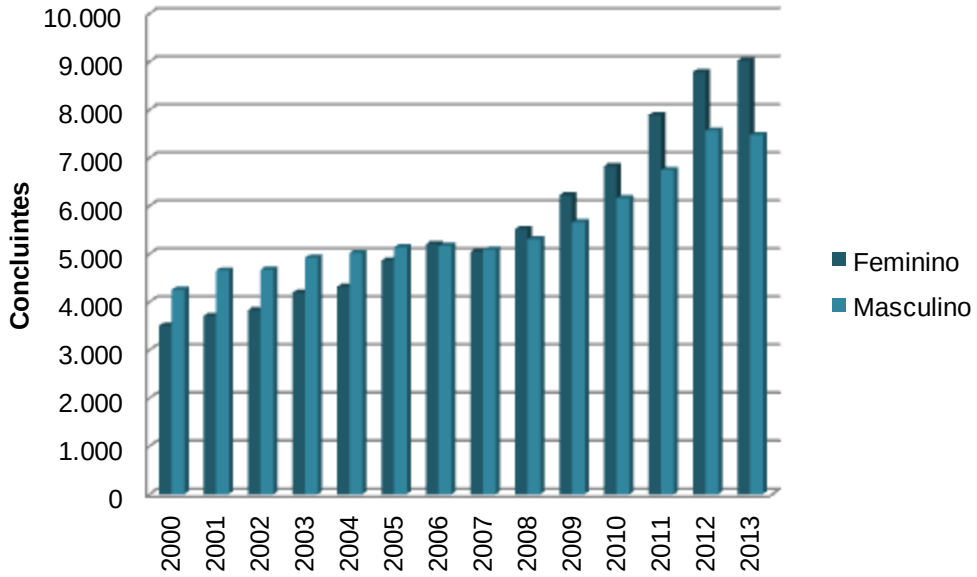
Gráfico 64. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 65 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo. Os egressos do sexo masculino eram a maioria até 2005. Em 2006, as mulheres foram a maioria. Em 2007, 50,2% dos concluintes eram do sexo masculino. A partir de 2008, as mulheres tornaram-se a maioria. Em 2013, elas representaram 54,7% do total de graduados em medicina. A variação no período 2000-2013 foi de 157,5% no sexo feminino, e de apenas 75,7% no sexo masculino.

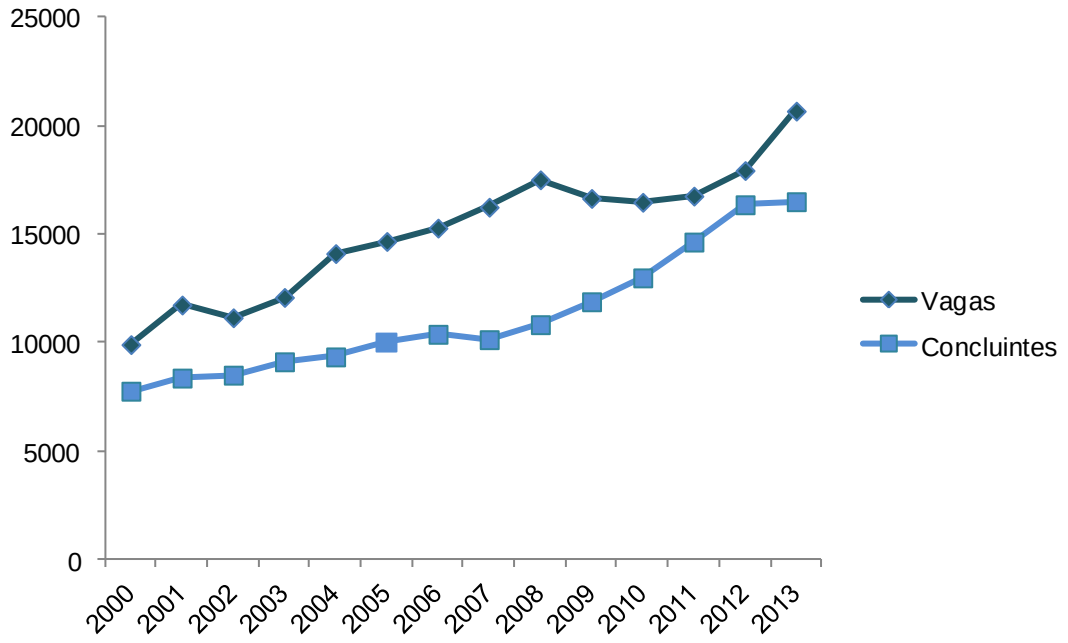
Gráfico 65. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 66 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em medicina nos últimos anos. Verifica-se que o número de vagas era e ainda é superior ao de egressos. Não obstante, a taxa de crescimento do número de concluintes foi superior: 108,7% contra 112,6% de vagas.

Gráfico 66. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em medicina. Brasil, 2000-2010

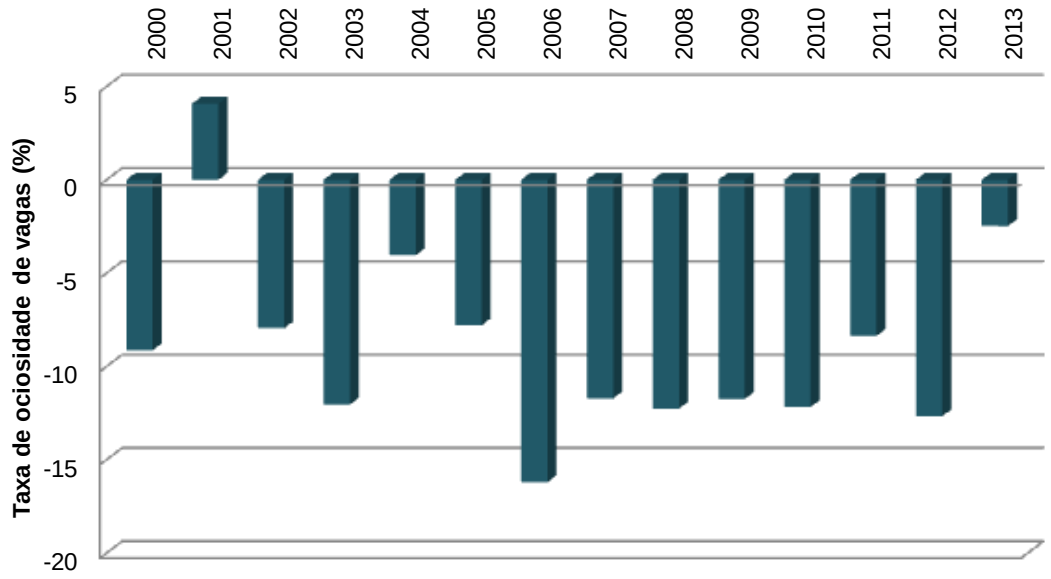


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 67, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[g] em cursos de medicina. Com exceção do ano 2001, que apresentou taxa de ociosidade positiva (4,1%), durante todo o período 2000-2013 o número de inscritos foi sobremaneira superior ao número de vagas ofertadas pelos cursos de graduação em medicina. Este dado indica alta procura por cursos de graduação em medicina, com nenhuma ociosidade de vaga, ou seja, 100% das vagas ofertadas são preenchidas. Os valores negativos indicam ingresso por outras maneiras, que não as principais utilizadas em início de ano letivo (geralmente vestibular), durante o decorrer do ano, como transferências e reingressos.

[g] Percentual de vagas não preenchidas.

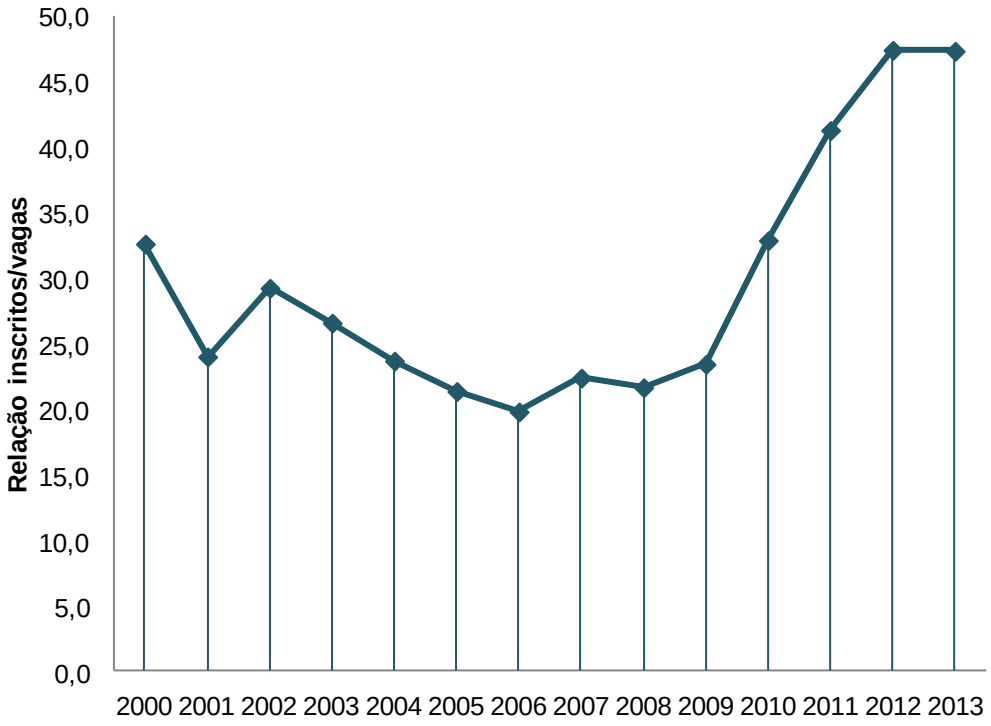
Gráfico 67. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 68 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de medicina, no período 2000-2013. Observa-se alta procura e concorrência por cursos de medicina durante todo o período. A menor concorrência foi estabelecida no ano de 2006: 19,8 candidatos inscritos para cada vaga ofertada. As maiores concorrências se instituíram nos últimos anos: 47,4, em 2013 e 2012, e de 41,3, em 2011. A taxa de incremento desta relação no período foi de 45,1%.

Gráfico 68. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação da saúde. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 2apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em medicina por estado brasileiro. Nela, nota-se que se mantêm a concentração dessas variáveis nos estados da região Sudeste, a saber: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; e, que o menor número delas é observado em estados da região Norte: Roraima, Amapá e Acre.

Tabela 5. Cursos, vagas e concluintes de graduação em medicina por estado brasileiro. Brasil, 2013

Estados	Cursos	Vagas	Concluintes
		n	
Acre	1	45	39
Alagoas	2	134	138
Amapá	1	33	-
Amazonas	3	297	546
Bahia	10	799	556
Ceará	7	707	585
Distrito Federal	5	357	323
Espírito Santo	5	600	507
Goiás	5	455	200
Maranhão	3	285	192
Mato Grosso	4	307	158
Mato Grosso do Sul	3	190	210
Minas Gerais	32	3.220	2.641
Pará	5	449	356
Paraíba	7	787	584
Paraná	13	1.250	719
Pernambuco	7	687	636
Piauí	4	346	218
Rio de Janeiro	18	2.450	2.202
Rio Grande do Norte	3	263	251
Rio Grande do Sul	12	1.154	976
Rondônia	4	250	239
Roraima	1	30	23
Santa Catarina	11	1.035	618
São Paulo	40	3.786	3.002
Sergipe	4	334	110
Tocantins	4	420	466
Total	**214**	**20.670**	**16.495**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Panorama dos cursos de medicina segundo regiões de saúde selecionadas

A pesquisa *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*[81] considerou as dimensões "situação socioeconômica" e "oferta e complexidade dos serviços de saúde" para a realização de uma tipologia nacional das regiões de saúde (atualizada em 2014)[82]. Assim, do cruzamento dessas dimensões, 436 regiões de saúde no país foram agrupadas em cinco grupos socioeconômicos, a saber:

Grupo 1 - Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil no ano de 2013.

Grupo 2 - Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 53 regiões, 590 municípios e 7,3% da população do Brasil no ano de 2013. A maioria dessas regiões de saúde está localizada nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (Norte de Minas e Vale do Ribeira em São Paulo).

Grupo 3 - Médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população do Brasil no ano de 2013. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Grupo 4 - Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil no ano de 2013. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Grupo 5 - Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços: inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil no ano de 2013. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

A partir desses grupamentos, a pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP), e desenvolvida em parceria com diversas outras instituições, inclusive o IMS, selecionou 17 regiões de saúde como campos de estudo. Essas regiões estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. Regiões de saúde segundo unidade da federação, grupamento socioeconômico, número de munícipios que a compõe e população. Brasil, 2000, 2010, 2013

UF	Região de Saúde	Grupo socioec.	Nº de municípios na região 2013	Pop - Censo 2000	Pop - Censo 2010
AM	Entorno Manaus	G4	12	1.643.421,0	2.119.745,0
BA	Juazeiro	G1	10	447.255,0	494.431,0
CE	11ª Região Sobral	G1	24	541.447,0	608.006,0
CE	1ª Região Fortaleza	G5	04	2.262.588,0	2.606.663,0
GO	Entorno Sul	G2	07	542.454,0	727.652,0
MT	Baixada Cuiabana	G4	11	802.048,0	911.482,0
MG	Belo Horizonte Nova Lima Caeté	G5	13	2.942.606,0	3.185.567,0
MG	Teófilo Otoni Malacacheta Itambacuri	G1	16	299.956,0	306.070,0
PA	Araguaia	G1	15	337.975,0	472.933,0
PR	2ª RS Metropolitana	G5	29	2.813.237,0	3.223.836,0
PR	9ª RS Foz do Iguaçu	G3	09	379.391,0	388.795,0
PE	Petrolina	G2	07	341.580,0	434.713,0
RJ	Norte	G5	08	686.188,0	836.915,0
RS	Região 09	G3	19	360.601,0	384.175,0
RS	Região 23	G5	06	445.765,0	532.917,0
SP	Norte - Barretos	G5	10	248.733,0	268.546,0
SP	Sul - Barretos	G4	08	136.683,0	140.721,0

Fonte: IBGE, 2000[83], 2010[84]; Banco de indicadores Região e Redes, 2014[85]

Considerando que esta pesquisa escolheu como campos de pesquisa algumas regiões entre essas 17, apresentamos dados relativos aos cursos de graduação em Medicina nessas regiões.

Em se tratando das 17 regiões de saúde selecionadas, a análise dos dados do período 2000-2013 aponta a existência de cursos de medicina em sete delas no ano 2000; e em nove regiões em 2013, cuja evolução está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7. Número de cursos de graduação em medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013

Regiões de saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entorno Manaus	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Araguaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1ª Região Fortaleza	1	3	3	4	4	4	6	6	6	6	6	6	6	5
11ª Região Sobral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Petrolina	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Juazeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BH/Nova Lima/Caeté	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	5	5
T. Otoni/Malacacheta/ Itambacuri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Norte - Barretos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Sul - Barretos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2ª RS Metropolitana	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
9ª RS Foz do Iguaçu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Região 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Região 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Baixada Cuiabana	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Entorno Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**11**	**13**	**15**	**17**	**18**	**18**	**20**	**21**	**21**	**21**	**21**	**22**	**26**	**26**
Brasil	**100**	**105**	**114**	**125**	**136**	**149**	**160**	**170**	**177**	**184**	**181**	**187**	**206**	**214**
% do total Brasil	**11,0**	**12,4**	**13,2**	**13,6**	**13,2**	**12,1**	**12,5**	**12,4**	**11,9**	**11,4**	**11,6**	**11,8**	**12,6**	**12,1**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando as 17 regiões, em 2000, havia 11 cursos de medicina, os quais estavam localizados em apenas sete municípios (Tabela 8) e representavam 11,0% do total de cursos existentes no Brasil; em 2013, o número de cursos aumentou para 26 (localizados em 10 municípios), representando um crescimento de 136,4%.

Entre as 17 regiões, os cursos de medicina se encontram em todas as àquelas incluídas no grupo socioeconômico 5, e em nenhuma região do grupamento 1. Esse dado reforça a concentração de cursos de medicina em regiões de alto desenvolvimento social e econômico, especialmente nas capitais brasileiras, nas quais se localizavam nove cursos, em 2010; e 20 cursos, em 2013 (Tabela 8).

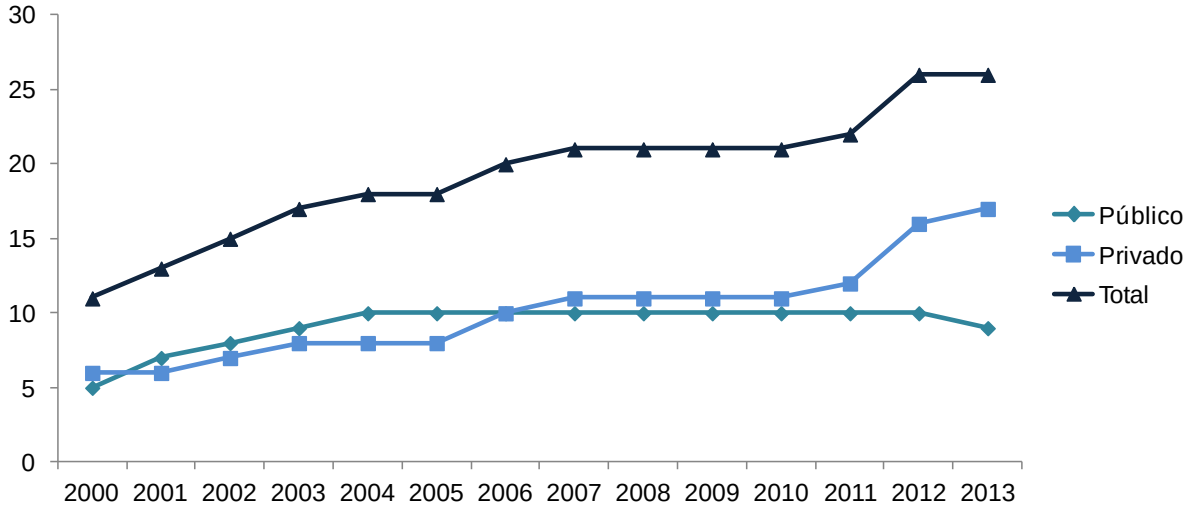
Tabela 8. Número de cursos de graduação em medicina, segundo município e unidade da federação das 17 regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000, 2013

UF	Municípios	2000	2013
AM	Manaus	1	3
CE	Fortaleza	1	5
MG	Belo Horizonte	2	5
MT	Cuiabá	2	2
MT	Várzea Grande	0	1
PE	Petrolina	0	1
PR	Curitiba	3	5
RJ	Campos dos Goytacazes	1	1
RS	Caxias do Sul	1	1
SP	Barretos	0	2
Total		**11**	**26**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 69 apresenta a evolução do número de cursos segundo natureza jurídica, no período 2000-2013. É possível perceber que já em 2000, os cursos privados eram maioria: seis, contra cinco da esfera pública. A taxa de crescimento no período foi de 80,0% no setor público e de 183,3% no privado.

Gráfico 69. Evolução dos cursos de graduação em medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Nas regiões de saúde selecionadas, as vagas de medicina somaram 1.266 (12,8% do Brasil), em 2000, e 2.982 (14,4% do Brasil), em 2013, correspondente a uma taxa de crescimento de 135,5% no período. Essa mesma taxa, no âmbito nacional, foi de 108,7%. A maior concentração de vagas é percebida nas regiões de saúde BH/Nova Lima/Caeté (MG) e 2ª Região Metropolitana (PR), ambas classificadas como de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Vide Tabela 9

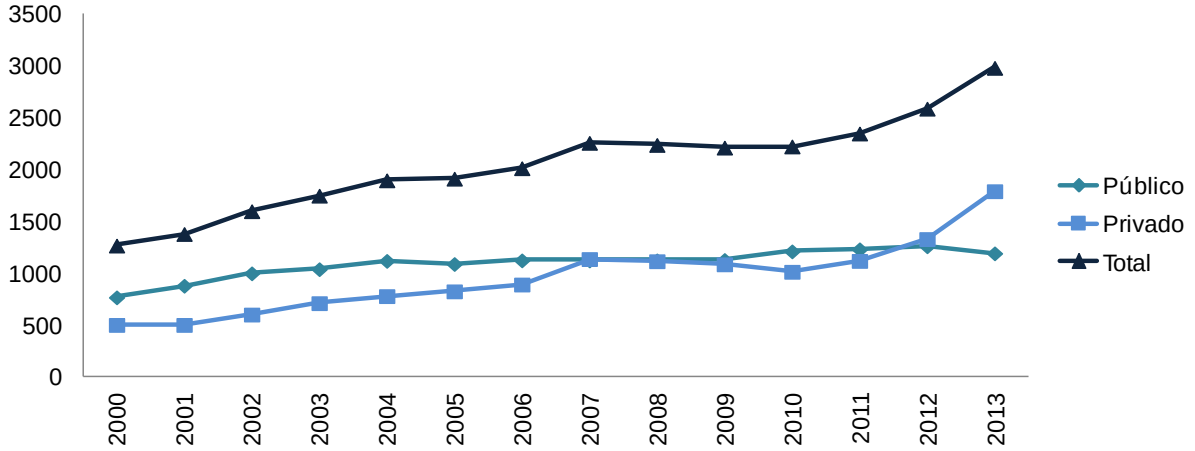
Tabela 9. Número de vagas de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013

Região de saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entorno Manaus (AM)	80	112	332	332	332	337	337	337	337	225	332	292	297	297
1ª Região Fortaleza (CE)	150	230	230	270	270	270	386	501	502	522	552	572	592	527
Petrolina (PE)	0	0	0	0	80	40	80	80	80	80	80	80	80	80
BH/ Nova Lima/ Caeté (MG)	400	400	400	400	400	408	418	482	484	478	474	474	654	776
Norte (RJ)	80	80	80	80	80	80	80	90	96	96	96	96	96	107
Norte - Barretos (SP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	120	115
2ª RS Metropolitana (PR)	356	356	356	466	466	476	511	512	507	506	403	486	546	722
Região 23 - Caxias do Sul (RS)	60	60	60	60	100	61	61	66	62	70	78	80	77	111
Baixada Cuiabana (MT)	140	140	140	140	168	240	140	190	170	235	208	208	126	247
Total	**1.266**	**1.378**	**1.598**	**1.748**	**1.896**	**1.912**	**2.013**	**2.258**	**2.238**	**2.212**	**2.223**	**2.348**	**2.588**	**2.982**
Brasil	**9.906**	**11.732**	**11.143**	**12.081**	**14.102**	**14.661**	**15.278**	**16.241**	**17.504**	**16.646**	**16.468**	**16.752**	**17.931**	**20.670**
% do total Brasil	**12,8**	**11,7**	**14,3**	**14,5**	**13,4**	**13,0**	**13,2**	**13,9**	**12,8**	**13,3**	**13,5**	**14,0**	**14,4**	**14,4**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise da evolução segundo natureza jurídica indica que o setor público concentrava a oferta de vagas de medicina até o ano 2010, e cuja taxa de crescimento no período 2000-2013 foi de apenas 55,5%, ao passo que no setor privado foi de 258,2% (Gráfico 70).

Gráfico 70. Evolução do número de vagas de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No que tange ao número de concluintes (egressos) dos cursos de medicina destas regiões, em 2000 equivaleu a 0; em 2001, somaram 11.167, representando 14,0% do total de vagas disponibilizadas no país; em 2013 esse número passou para 2.398 (14,5% do total do Brasil), o que representa uma taxa de incremento de 105,5% para o período 2001-2013 (Tabela 10).

Assim como concentram o maior número de vagas, as regiões de saúde BH/Nova Lima/Caeté (MG) e 2ª Região Metropolitana (PR) foram as que ofertaram maior número de médicos para o mercado de trabalho no período analisado: 5.448 e 5.255, respectivamente.

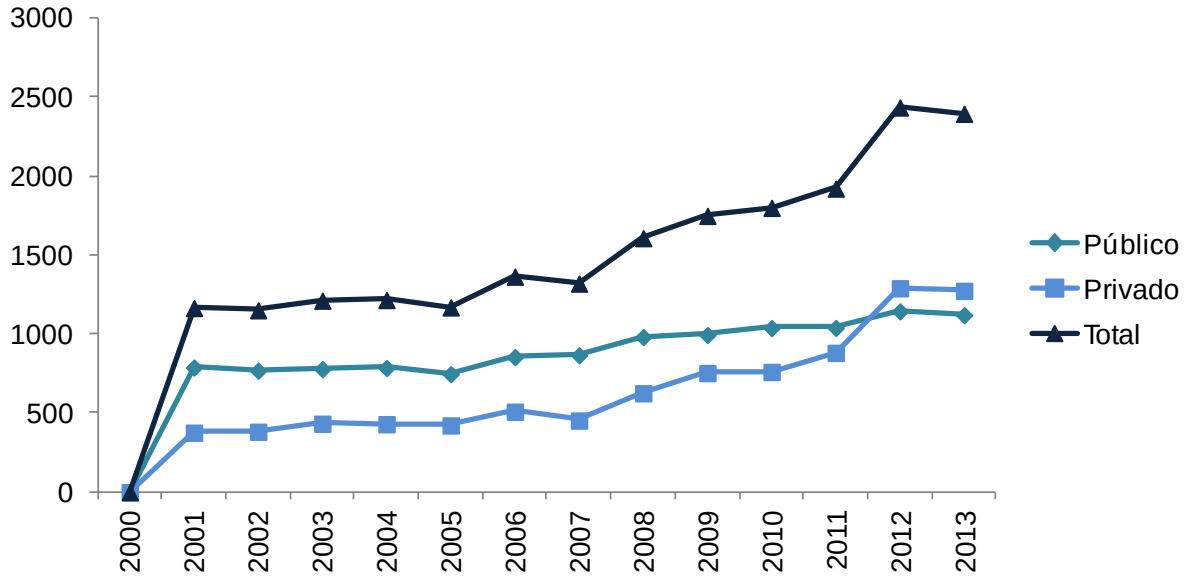
Tabela 10. Número de concluintes de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013

Região de saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entorno Manaus (AM)	0	84	86	76	81	71	62	155	272	274	225	286	441	546
1ª Região Fortaleza (CE)	0	163	165	158	160	161	238	201	278	244	316	277	499	442
Petrolina (PE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	83	83	95
BH/ Nova Lima/ Caeté (MG)	0	423	405	410	409	415	428	413	396	394	422	414	445	474
Norte (RJ)	0	92	81	84	81	78	76	77	83	86	86	100	101	97
Norte - Barretos (SP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	6
2ª RS Metropolitana (PR)	0	306	303	322	306	283	380	357	411	533	461	517	554	522
Região 23 - Caxias do Sul (RS)	0	56	75	59	64	48	61	54	30	57	62	66	73	58
Baixada Cuiabana (MT)	0	43	38	105	117	115	121	65	140	163	206	196	235	158
Total	**0**	**1.167**	**1.153**	**1.214**	**1.218**	**1.171**	**1.366**	**1.322**	**1.610**	**1.751**	**1.802**	**1.942**	**2.438**	**2.398**
Brasil	**7.758**	**8.363**	**8.498**	**9.113**	**9.339**	**10.004**	**10.381**	**10.133**	**10.825**	**11.881**	**12.982**	**14.634**	**16.354**	**16.495**
% do total do Brasil	**0,0**	**14,0**	**13,6**	**13,3**	**13,0**	**11,7**	**13,2**	**13,0**	**14,9**	**14,7**	**13,9**	**13,3**	**14,9**	**14,5**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A esfera pública foi a que mais formou médicos no período de análise: 11.927 profissionais, contra 8.607 do setor privado. A tendência é que esse cenário se altere, já que, a partir de 2012, o setor privado passou a ofertar maior número de vagas e a formar mais médicos que o setor público. A taxa de crescimento para o período 2001-2013 foi de apenas 42,0% no público e de 238,5% no privado (Gráfico 71).

Gráfico 71. Evolução do número de concluintes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 11 mostra a evolução do número de ingressantes no período 2000-2013 dos cursos de medicina das regiões de saúde selecionadas. No ano 2000 os ingressantes somaram 1.382, correspondente a 12,8% do total de ingressantes em cursos de medicina no Brasil; em 2013, esses números passaram para 3.011 e 14,2%, respectivamente. A taxa de crescimento no período foi de 117,9% nas regiões de saúde selecionadas e de 95,9% no âmbito nacional.

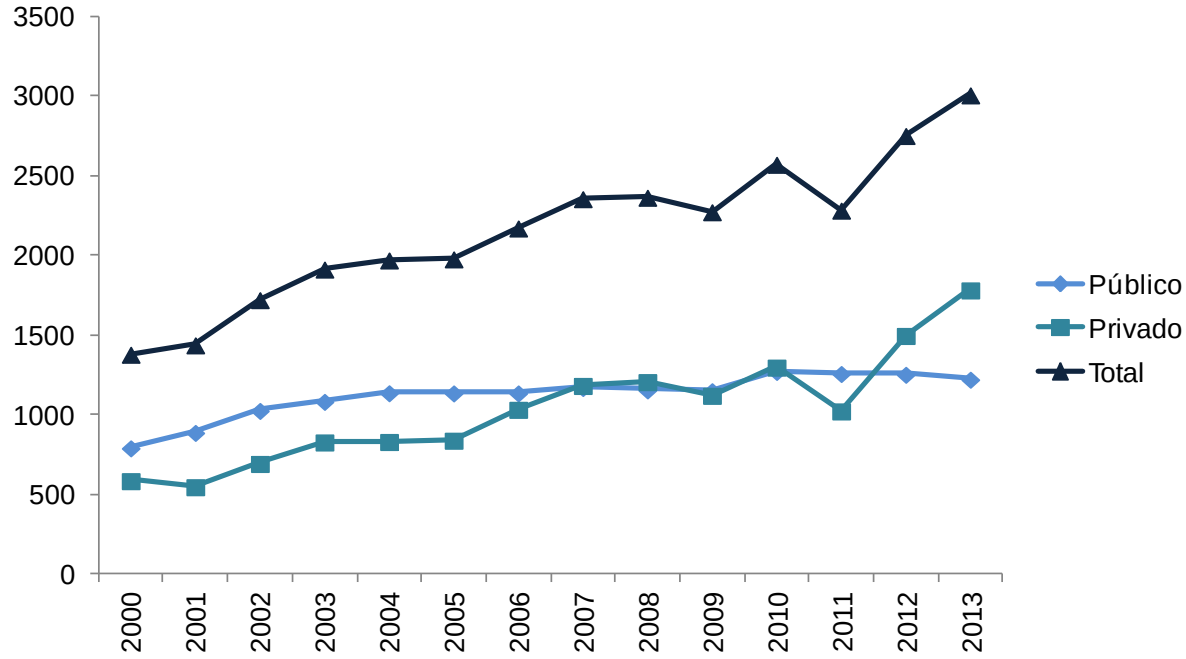
Tabela 11. Número de ingressantes em cursos de medicina por regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013

Região de saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entorno Manaus (AM)	81	114	342	342	380	346	341	345	354	279	374	339	307	331
1ª Região Fortaleza (CE)	167	238	247	279	287	281	389	508	522	484	578	541	594	532
Petrolina (PE)	0	0	0	0	33	46	80	107	82	81	81	88	83	79
BH/ Nova Lima/ Caeté (MG)	416	417	443	436	419	426	439	512	533	498	486	444	693	848
Norte (RJ)	93	93	87	95	84	84	87	120	118	116	109	110	103	105
Norte - Barretos (SP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	95	86
2ª RS Metropolitana (PR)	383	363	358	509	494	509	569	491	500	555	686	478	659	659
Região 23 - Caxias do Sul (RS)	83	66	76	71	75	74	80	90	66	73	75	84	85	119
Baixada Cuiabana (MT)	159	150	172	185	202	215	190	186	193	191	186	172	137	252
Total	**1.382**	**1.441**	**1.725**	**1.917**	**1.974**	**1.981**	**2.175**	**2.359**	**2.368**	**2.277**	**2.575**	**2.287**	**2.756**	**3.011**
Brasil	**10.811**	**11.253**	**12.029**	**13.536**	**14.672**	**15.804**	**17.754**	**18.143**	**19.650**	**18.601**	**18.473**	**18.154**	**20.203**	**21.182**
% do total do Brasil	**12,8**	**12,8**	**14,3**	**14,2**	**13,5**	**12,5**	**12,3**	**13,0**	**12,1**	**12,2**	**13,9**	**12,6**	**13,6**	**14,2**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 72 se observa que o número de ingressantes foi superior na rede pública até o ano 2006; a partir de 2007 o cenário se inverteu: o setor privado passa a oferecer mais vagas e a apresentar maior número de ingressantes em cursos de medicina. A taxa de crescimento no período 2000-2013 foi de 54,3% no setor público e de 203,7% no setor privado, que somou 1.786 ingressantes, em 2013.

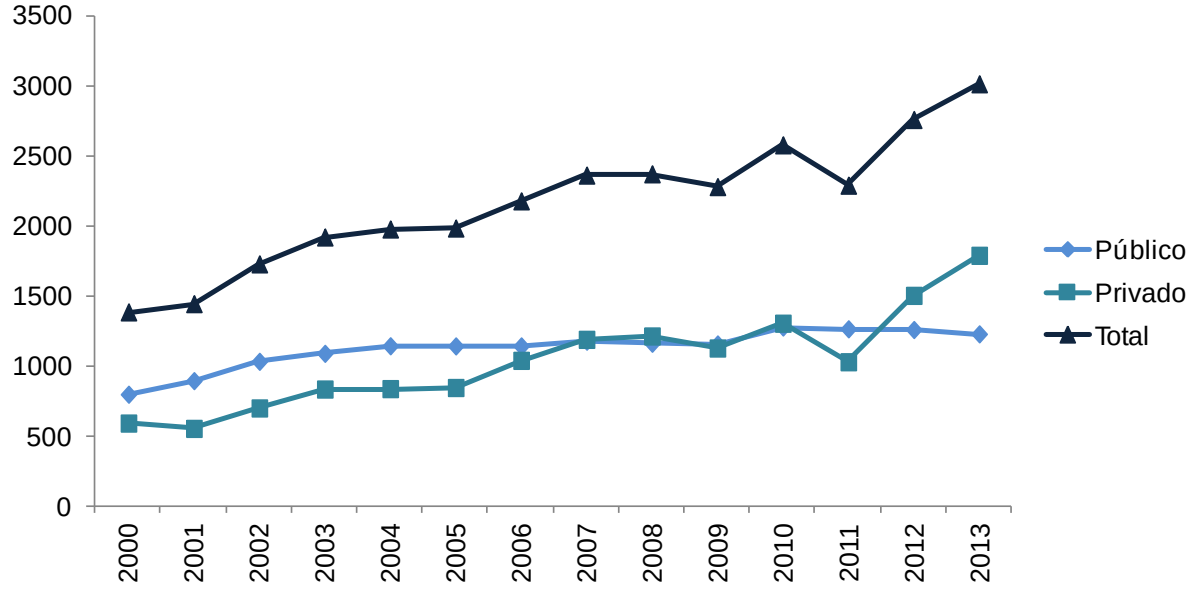
Gráfico 72. Evolução do número de ingressantes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Quando se analisa o número de ingressantes segundo gênero, é possível identificar que até 2003 os homens eram a maioria nos cursos de medicina; em 2004 o número de ingressantes do sexo feminino foi maior 1,1%; em 2013 esse percentual passou para 1,3%. A taxa de incremento no período 2000-2013 foi de 155,5% entre as mulheres, e de 75,8% entre os homens (Gráfico 73).

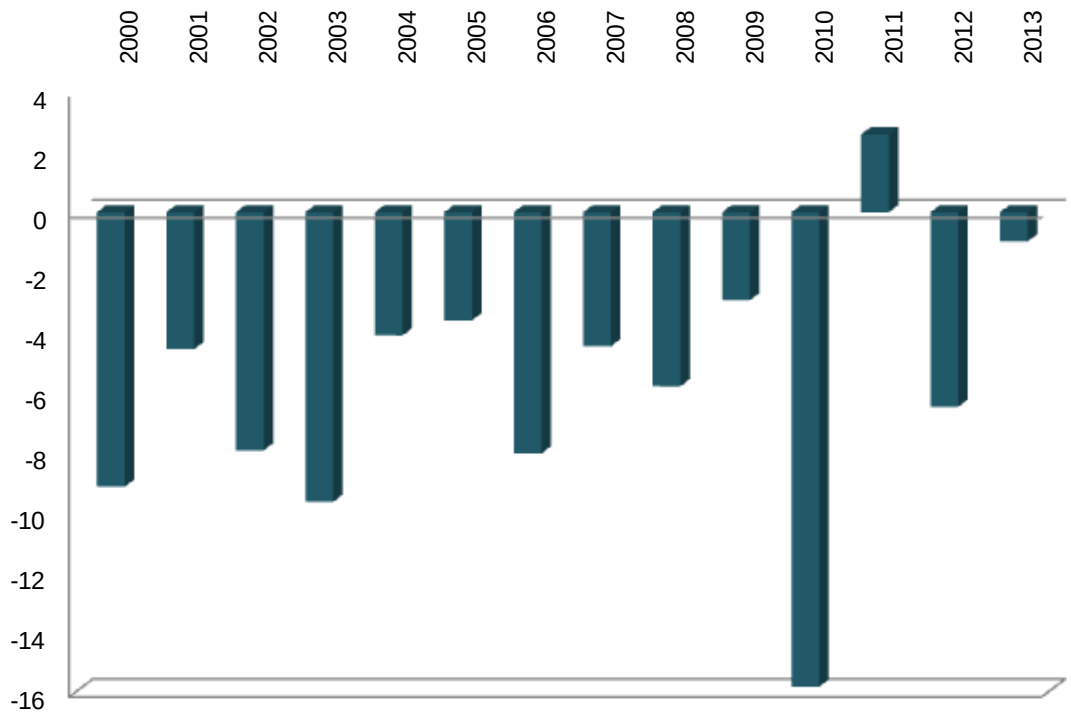
Gráfico 73. Evolução do número de ingressantes de medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas segundo gênero. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 74 apresenta a taxa de ociosidade anual de vagas do conjunto das regiões de saúde selecionadas, e é possível observar que apenas em 2011 ela foi positiva, isto é, 2,6% das vagas ofertadas não foram preenchidas. No demais anos, a taxa negativa indica o preenchimento de todas as vagas disponibilizadas e número de ingressantes superior ao número de vagas daquele ano, que decorre geralmente de transferências e reingressos.

Gráfico 74. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina do conjunto das regiões de saúde selecionadas. Brasil, 2000-2013

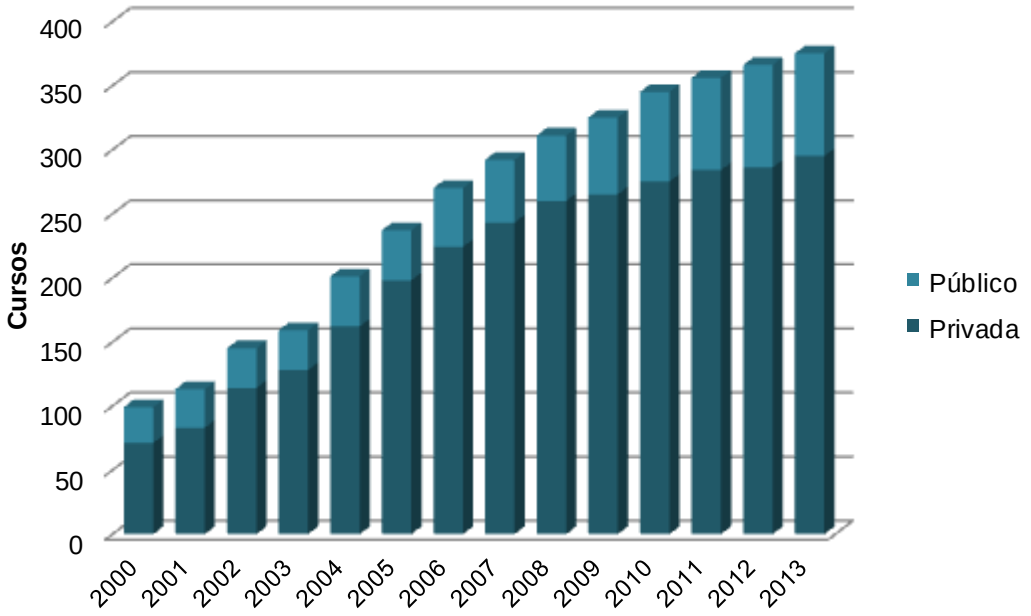


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Evolução dos cursos de graduação em nutrição 2000-2013

Dados do INEP de 2013 apontam a existência de 375 cursos de nutrição em todo o Brasil, dos quais 78,7% (n=295) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em nutrição no Brasil, conforme o Gráfico 75, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica.

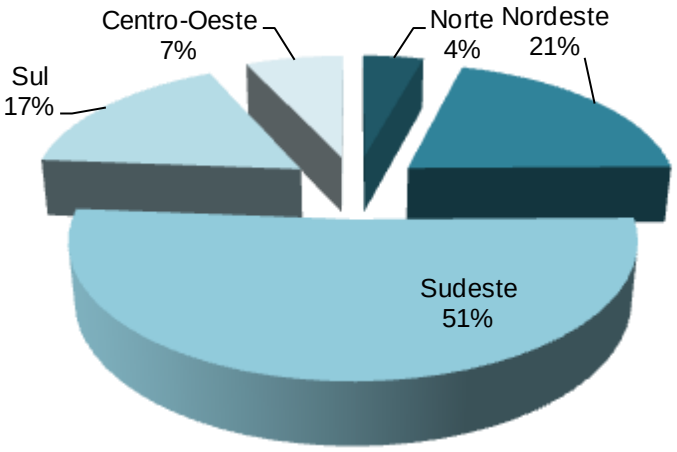
Gráfico 75. Evolução dos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga pouco mais da metade dos cursos de graduação em nutrição do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte possuem, em seu território, o menor número de cursos (Gráfico 76).

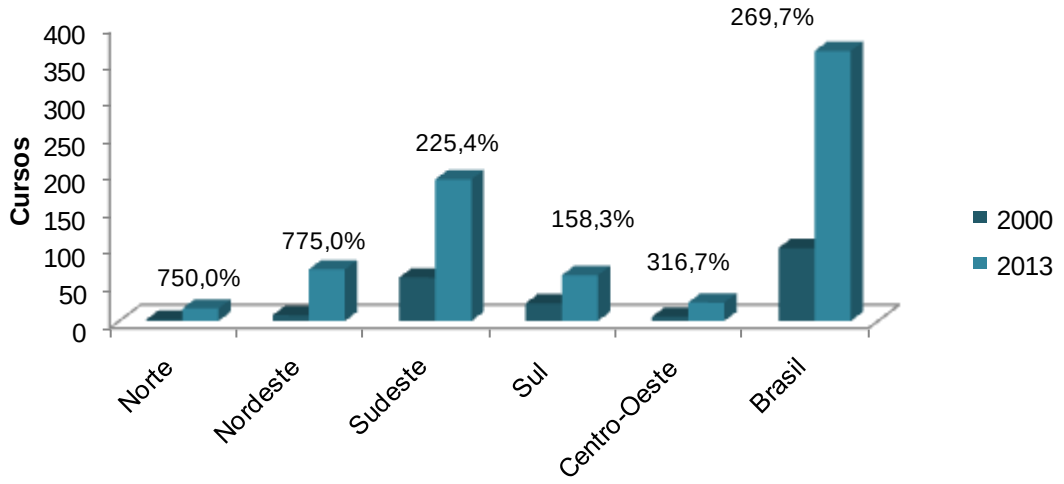
Gráfico 76. Distribuição de cursos de nutrição por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a tendência do número de cursos de graduação em nutrição por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país. Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos de medicina foram a Nordeste (n=775,0%) e Norte (n= 750%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 269,7% (Gráfico 77).

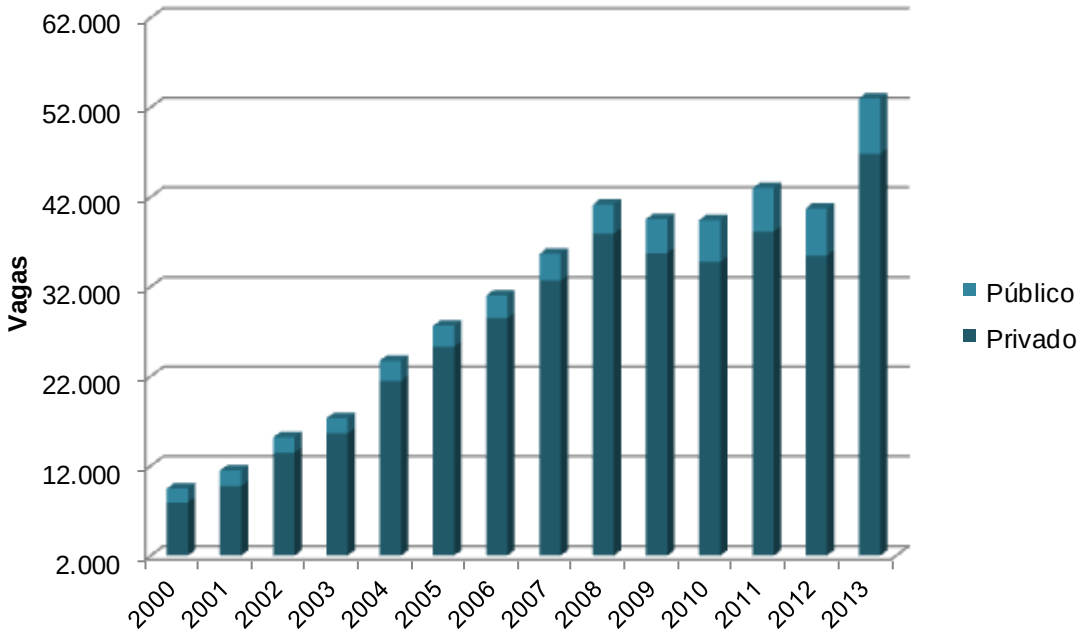
Gráfico 77. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas no país obteve um crescimento de 459,5%, passando de 9.475 para 53.016 vagas. Observa-se que desde o início do período analisado, o setor privado é o que detém a maior oferta de vagas de curso de nutrição no país, sendo a oferta de 7,918 vagas em 2000. (Gráfico 78).

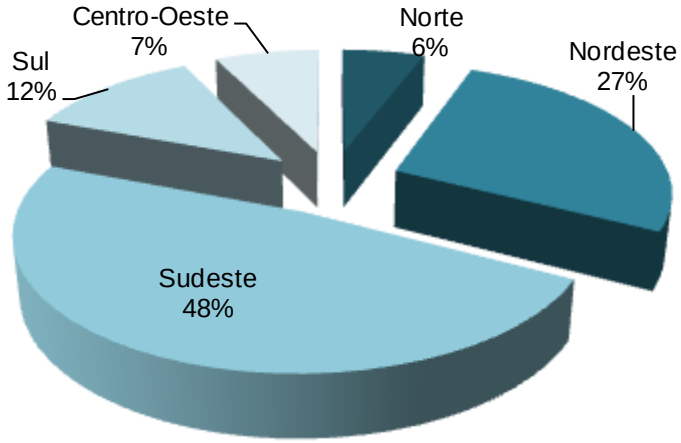
Gráfico 78. Percentual de vagas de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco menos de 50% do total de vagas de graduação em nutrição do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 79).

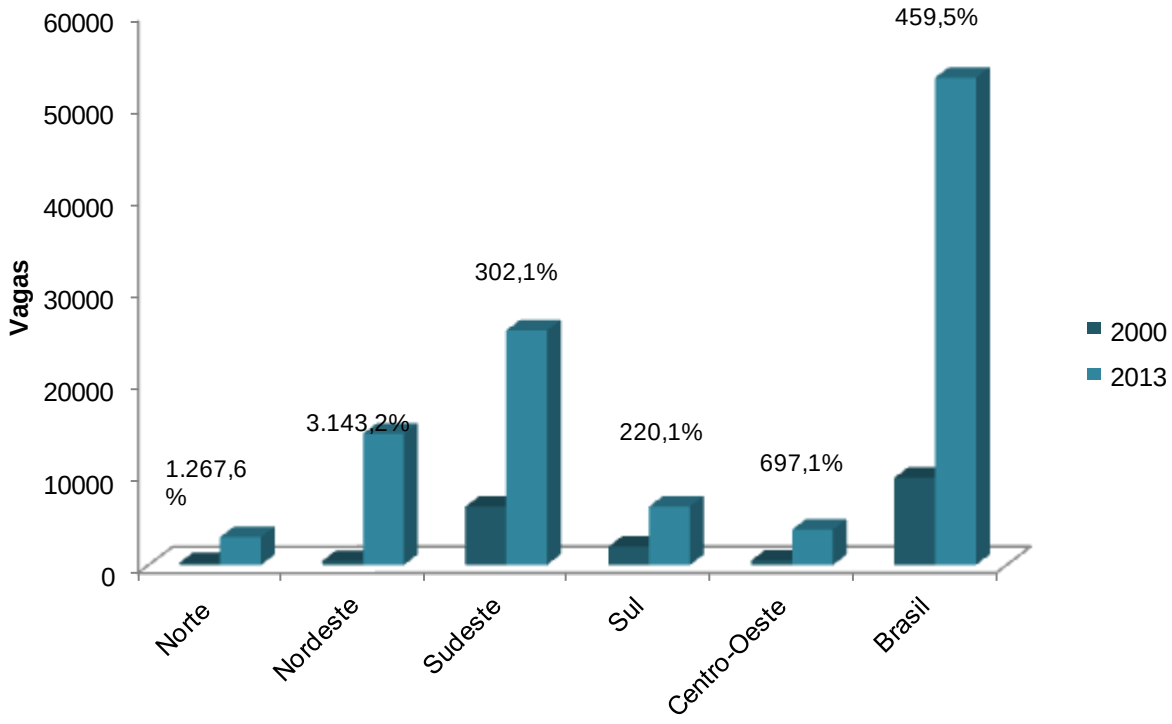
Gráfico 79. Distribuição de vagas de nutrição por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em nutrição, segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Nordeste (3.143,2%), enquanto a Sul apresentou o menor incremento (220,1%) (Gráfico 80).

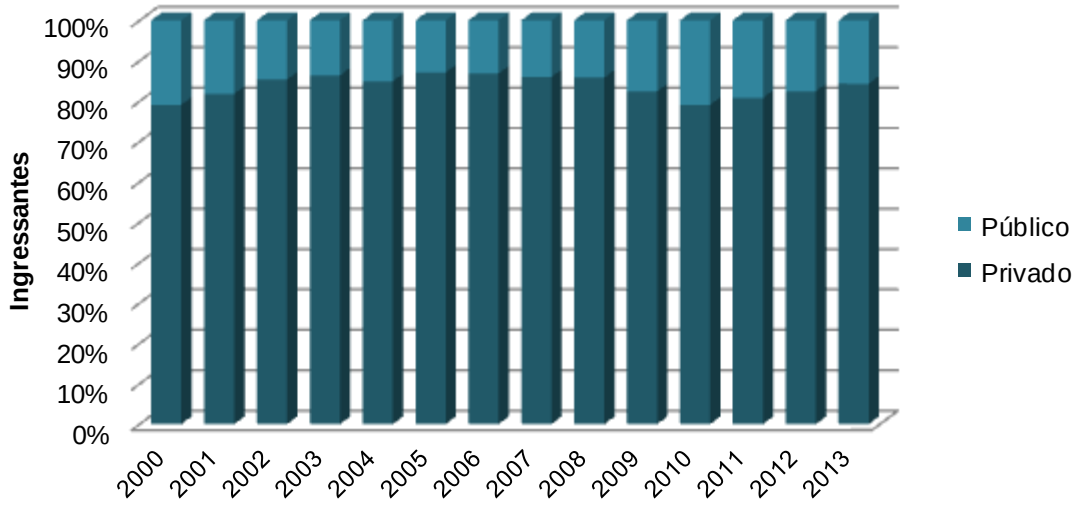
Gráfico 80. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de nutrição no país, em 2013, foi de 29.215; em, 2000, os ingressantes não passaram de 7,588. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que para 2013, os ingressantes oriundos de universidades privadas correspondem à 84,3%. Nota-se pelo Gráfico 81 que: no ano 2000 o número de ingressantes já era maior que no setor privado.

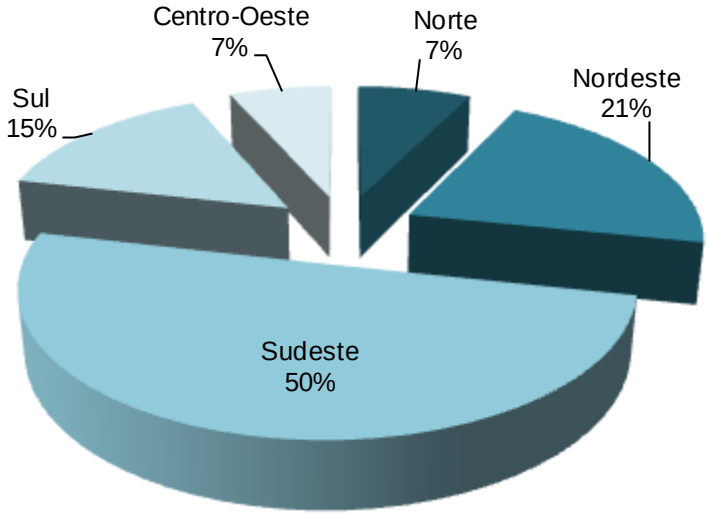
Gráfico 81. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados mais atuais apontam que metade dos ingressantes em cursos de graduação em nutrição, em 2013, se deu em instituições de ensino da região Sudeste. O menor percentual de ingressos se deu na região Centro-Oeste e Norte. (Gráfico 82).

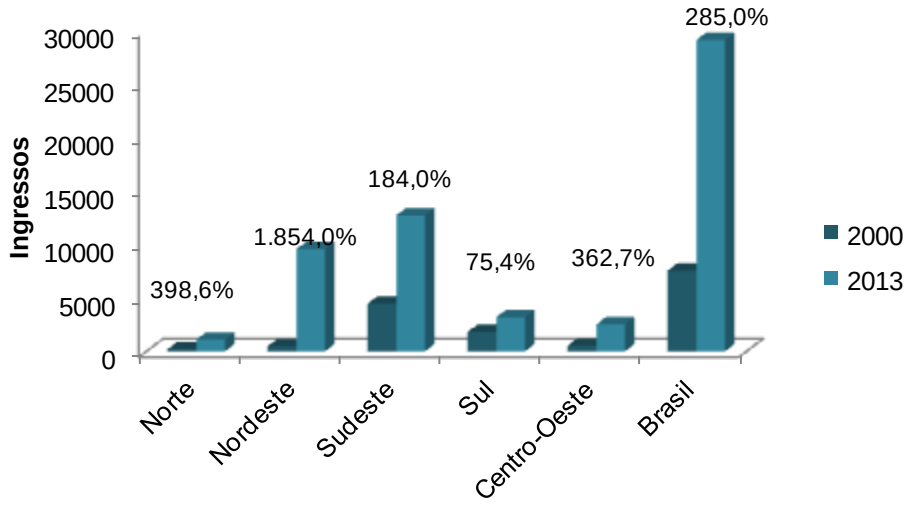
Gráfico 82. Distribuição de ingressantes em cursos de nutrição por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em nutrição, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sul apresentou a menor taxa de incremento (75,4%). A região Nordeste foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período, seguida da região Norte (Gráfico 83).

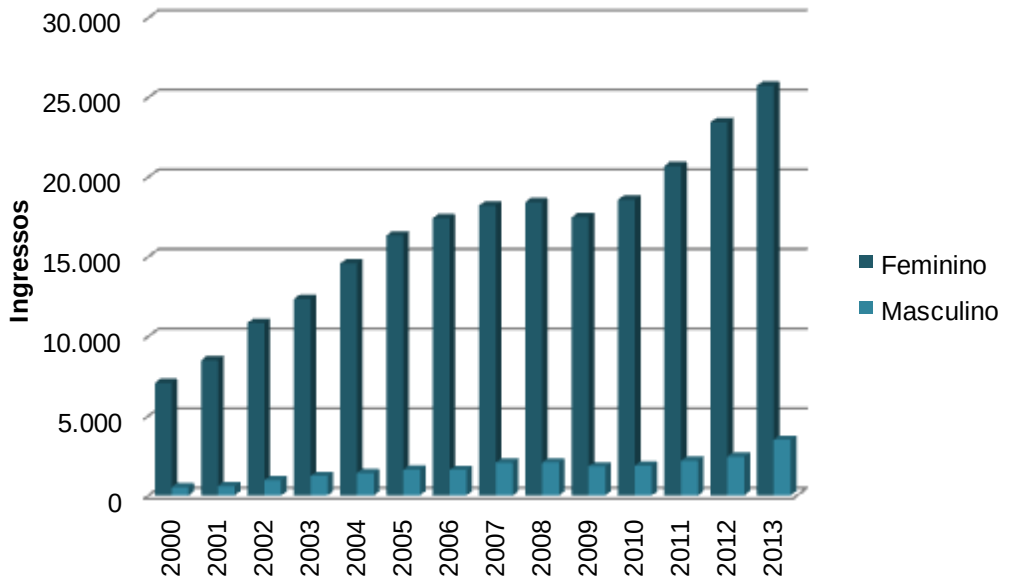
Gráfico 83. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 84 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo. Observa-se que desde os anos iniciais da década dos anos 2000, a maior proporção de ingressantes é de mulheres se caracterizando enquanto uma categoria majoritariamente feminina. Apesar da elevação da participação do sexo masculino ao longo da década, tal característica se mantém.

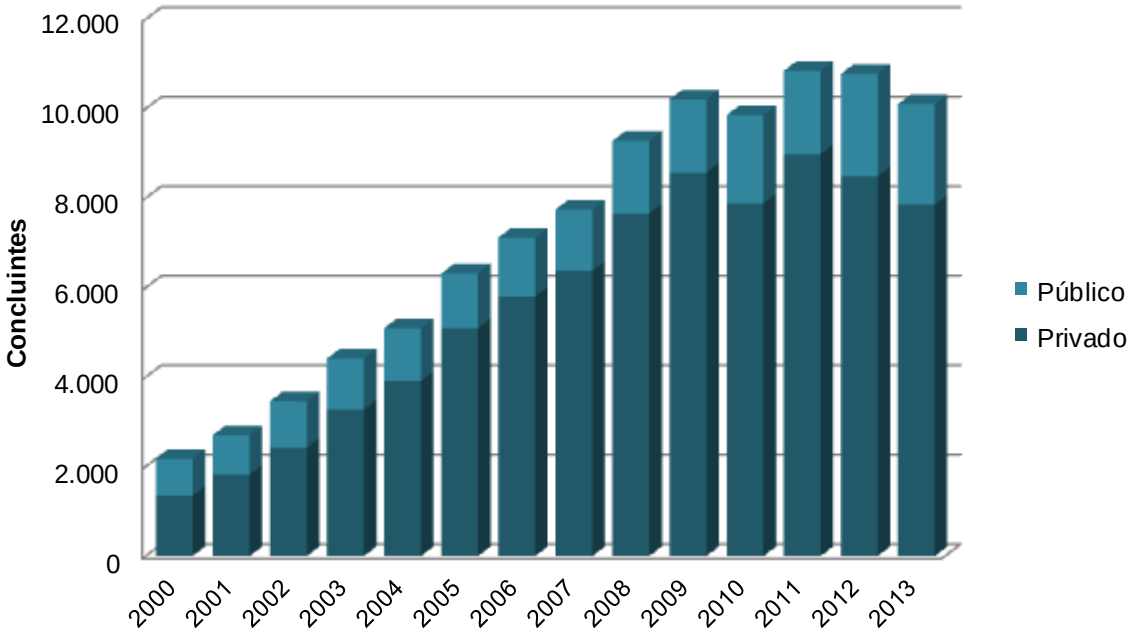
Gráfico 84. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 85 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em nutrição, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Visualiza-se que, no ano 2000, a diferença de concluintes entre as esferas era mais que o dobro, com maior número na esfera privada. A partir de 2009, o número de egressos passa a ser maior na esfera privada.

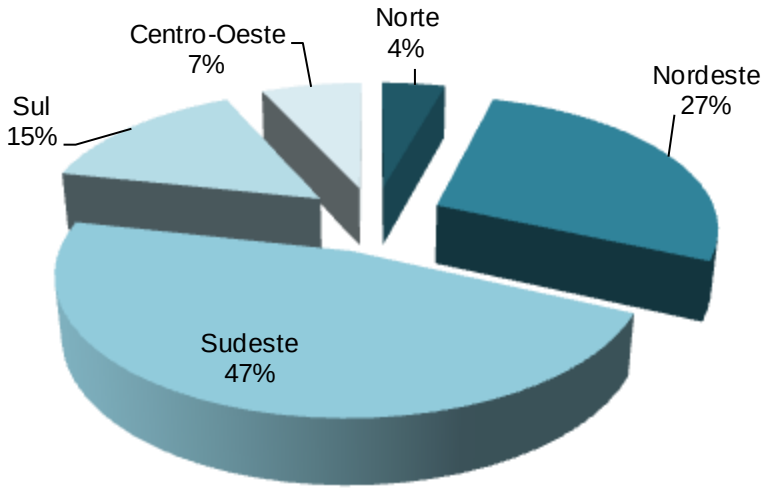
Gráfico 85. Concluintes nos cursos de graduação em nutrição segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que quase metade dos concluintes de graduação em nutrição do Brasil eram provenientes da região Sudeste. As regiões Centro-Oeste e Norte foram as que formaram menor número de nutricionistas (Gráfico 86).

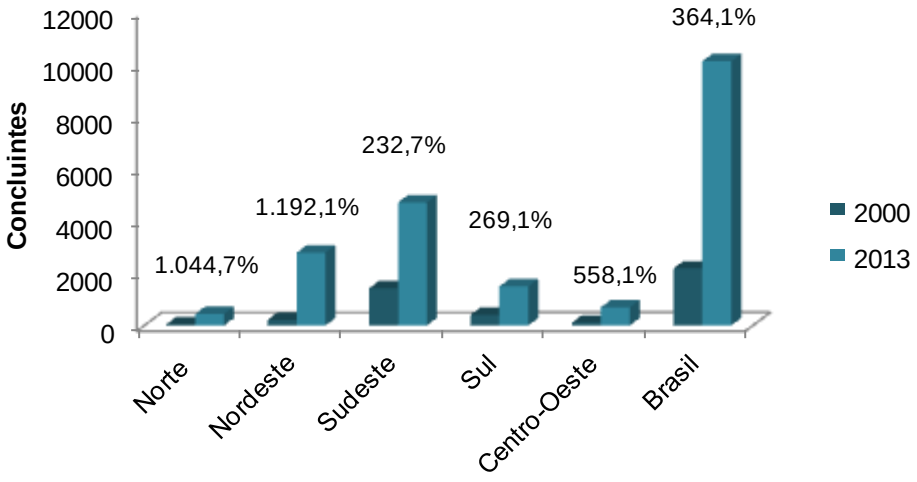
Gráfico 86. Distribuição de ingressantes em cursos de nutrição por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que as regiões Nordeste e Norte apresentaram os maiores percentuais de elevação, quais sejam: 1.192,1% e 1.044,7%, nesta ordem (Gráfico 87).

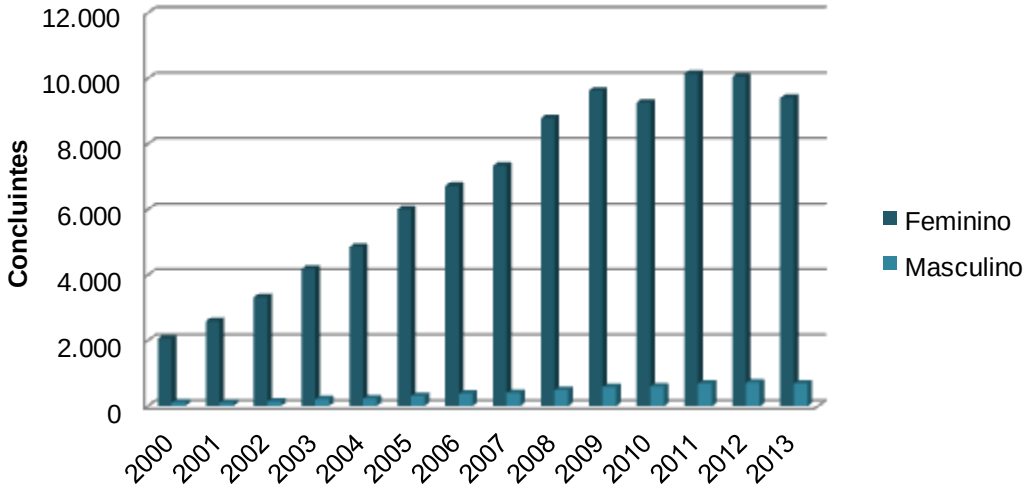
Gráfico 87. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em nutrição segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 88 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo. Os egressos do sexo feminino apresentam grande maioria desde o início do período em análise, ou seja, ano 2000. Apesar do ligeiro aumento da participação masculina, a mesma tendência permanece, conforme aponta gráfico abaixo.

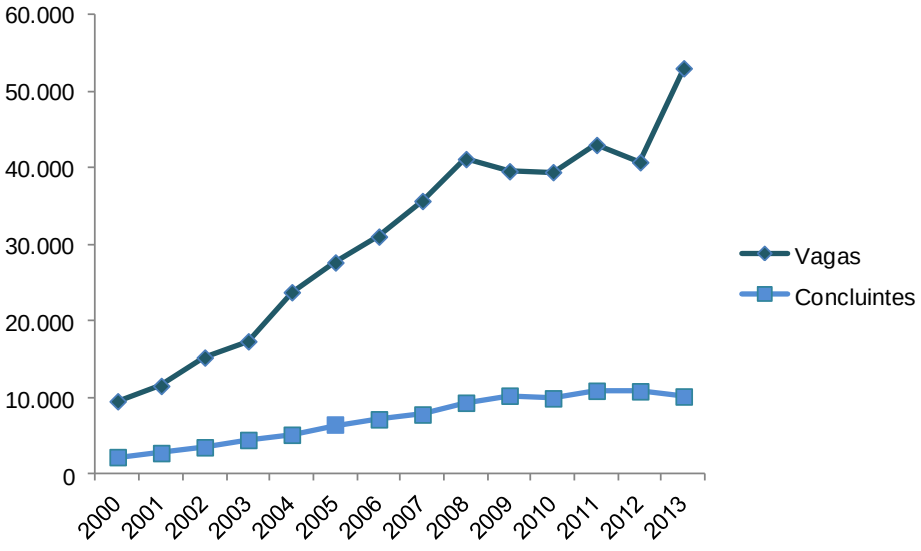
Gráfico 88. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em nutrição segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 89 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em nutrição nos últimos anos. Verifica-se que o número de vagas era e ainda é superior ao de egressos.

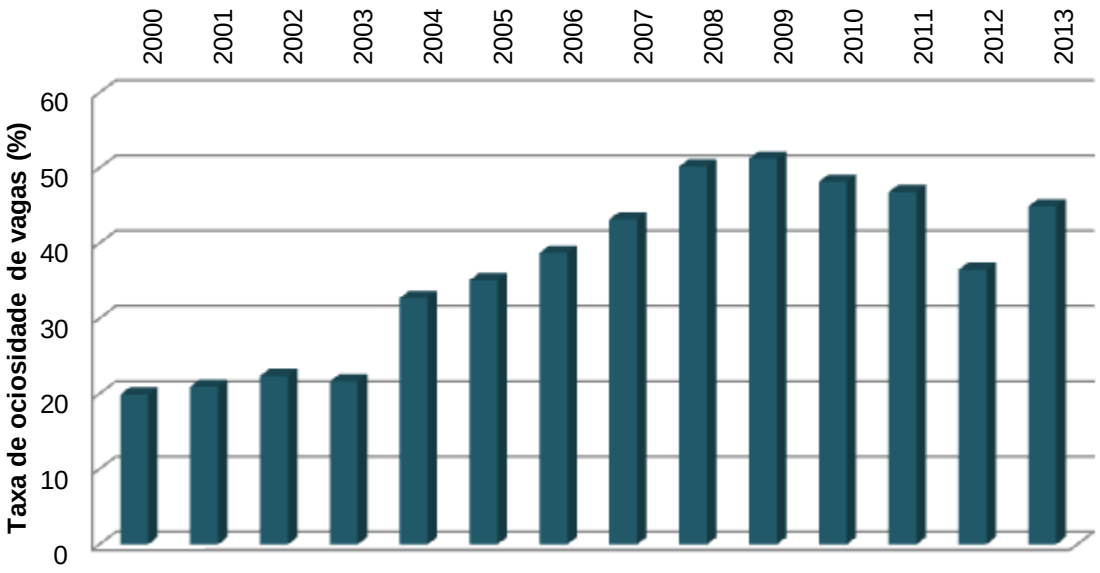
Gráfico 89. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2010



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 90, observa-se a taxa de ociosidade de vagash em cursos de nutrição. Observa-se taxa de ociosidade positiva em todo o período 2000-2013 onde o número de inscritos foi inferior ao número de vagas ofertadas pelos cursos de graduação em nutrição. Em 2000 a taxa de ociosidade era de 19,9%, já em 2013 houve o aumento da taxa de ociosidade representando 44,9%, conforme gráfico abaixo. Tal dado indica que de 53.016 vagas, o número de ingressos foi de 29.215.

Gráfico 90. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2013

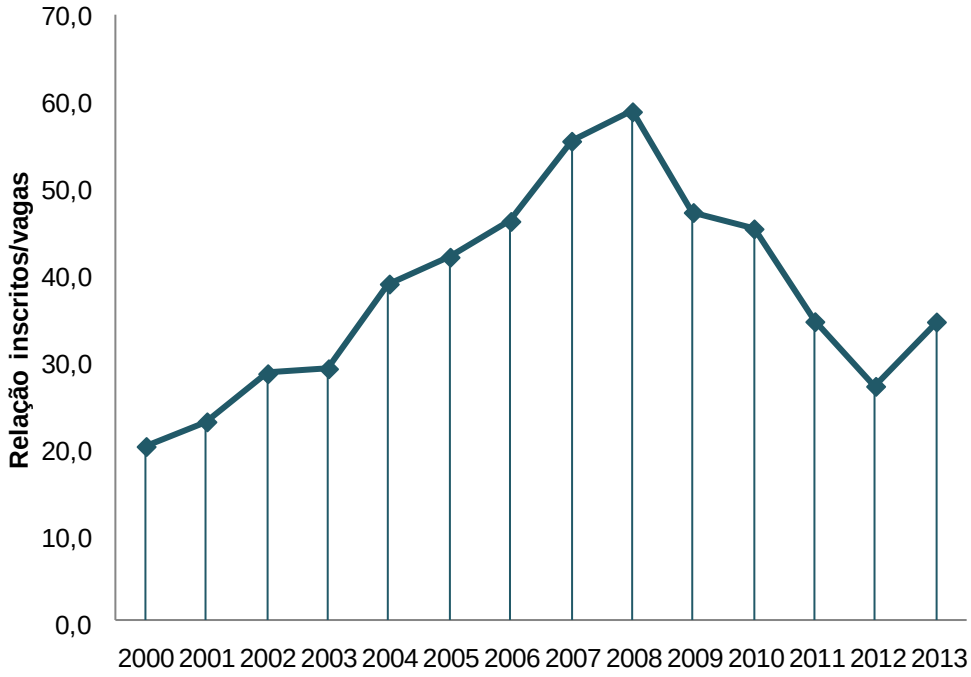


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 91 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de nutrição, no período 2000-2013. Observa-se maior procura e concorrência por cursos de nutrição entre os anos 2000 e 2001. A menor concorrência foi estabelecida no ano de 2008: 1,7 candidatos inscritos para cada vaga ofertada.

[h] Percentual de vagas não preenchidas.

Gráfico 91. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em nutrição. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 12 apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em nutrição por estado brasileiro. Nela, nota-se que se mantêm a concentração dessas variáveis nos estados da região Sudeste, a saber: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; e, que o menor número delas é observado nos seguintes estados: Tocantins, Amapá e Acre.

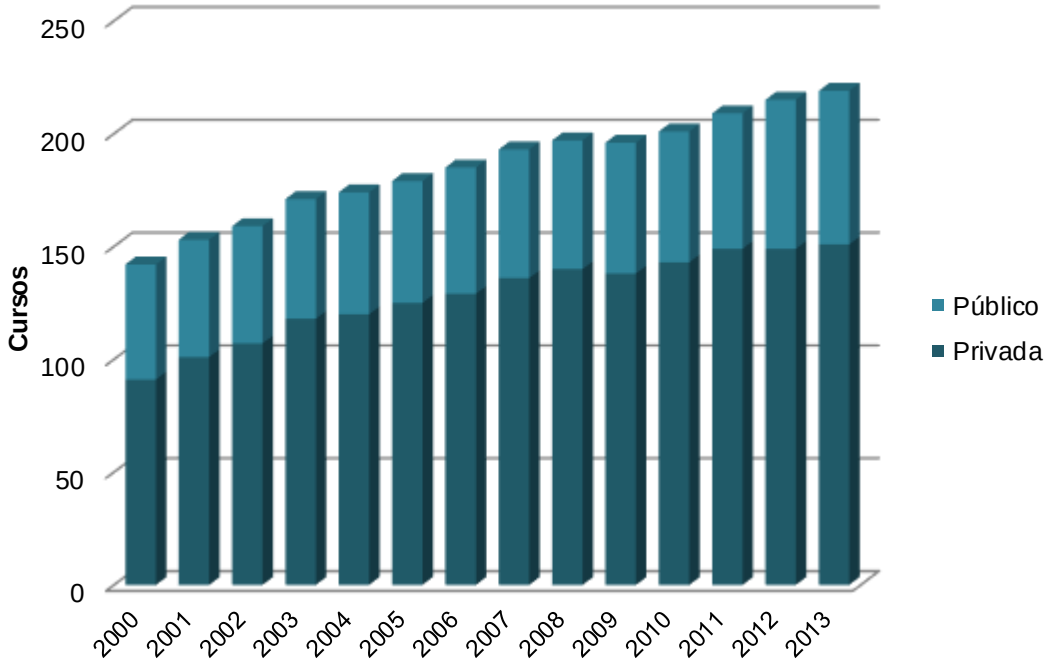
Tabela 12. Cursos, vagas e concluintes de graduação em odontologia por estado brasileiro. Brasil, 2013

Estado	Cursos	Vagas	Concluintes
Acre	1	53	-
Alagoas	5	858	122
Amapá	2	149	1
Amazonas	5	1.684	275
Bahia	22	4.131	630
Ceará	7	2.028	309
Distrito Federal	6	1.213	179
Espírito Santo	8	562	143
Goiás	6	736	232
Maranhão	8	1.070	310
Mato Grosso	5	634	99
Mato Grosso do Sul	7	684	95
Minas Gerais	58	5.614	1.119
Pará	3	379	119
Paraíba	7	1.415	198
Paraná	24	2.140	495
Pernambuco	9	1.636	288
Piauí	7	1.055	301
Rio de Janeiro	28	3.712	752
Rio Grande do Norte	7	978	507
Rio Grande do Sul	25	2.568	594
Rondônia	3	450	19
Roraima	14	1.655	402
Santa Catarina	103	16.662	2.780
São Paulo	4	859	113
Sergipe	1	91	21
Total	**375**	**53.016**	**10.103**

Evolução dos cursos de graduação em odontologia 2000-2013

Dados do INEP de 2013 apontam a existência de 219 cursos de odontologia em todo o Brasil, dos quais (n=161) são privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em odontologia no Brasil, conforme o Gráfico 92, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. Entre os anos de 2000 -2013 a proporção de cursos privados vem sendo maior do que os cursos públicos. A taxa de crescimento no mesmo período da soma de todos os cursos foi de 99,3%.

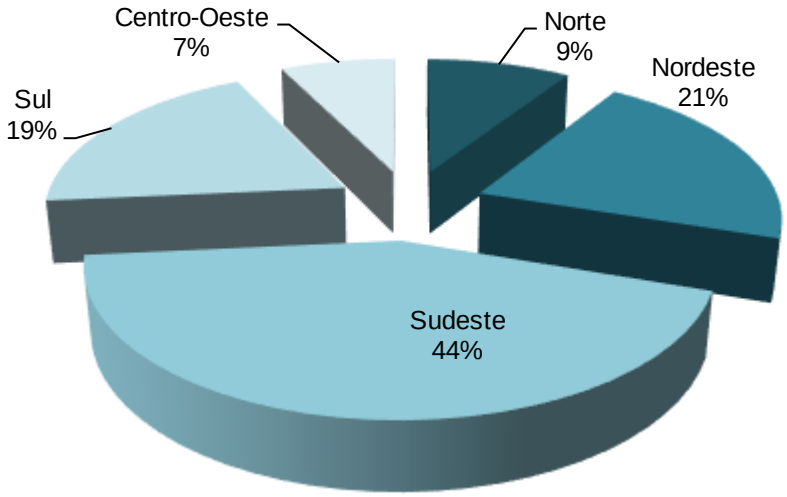
Gráfico 92. Evolução dos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste abriga pouco menos da metade dos cursos de graduação em odontologia do Brasil (44%). As regiões Norte e Centro-Oeste possuem, em seu território, o menor número de cursos (Gráfico 93).

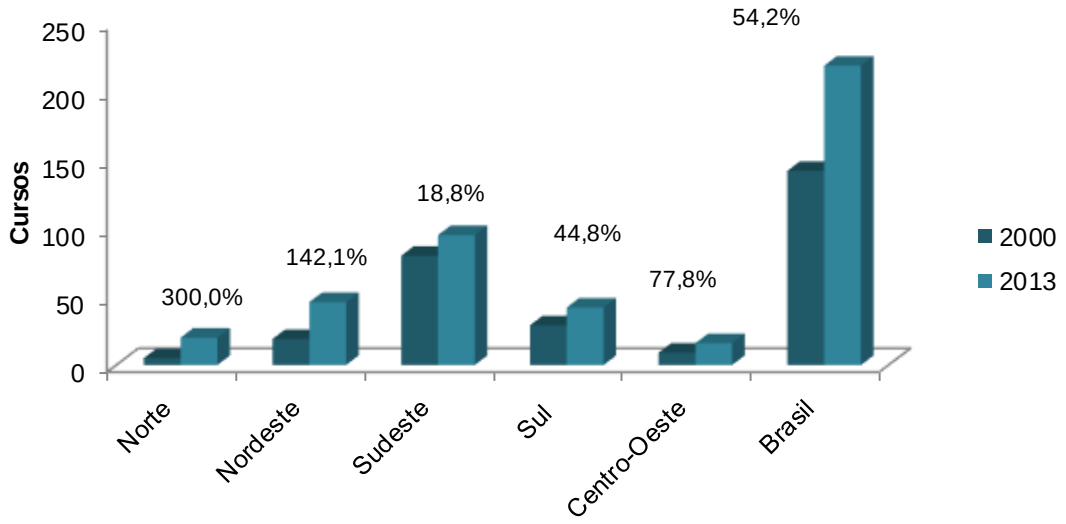
Gráfico 93. Distribuição de cursos de odontologia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a tendência do número de cursos de graduação em odontologia por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país (n=95). Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos de odontologia foram a Norte (n=300,0%) e Nordeste (n=142,1%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 54,2% (Gráfico 94).

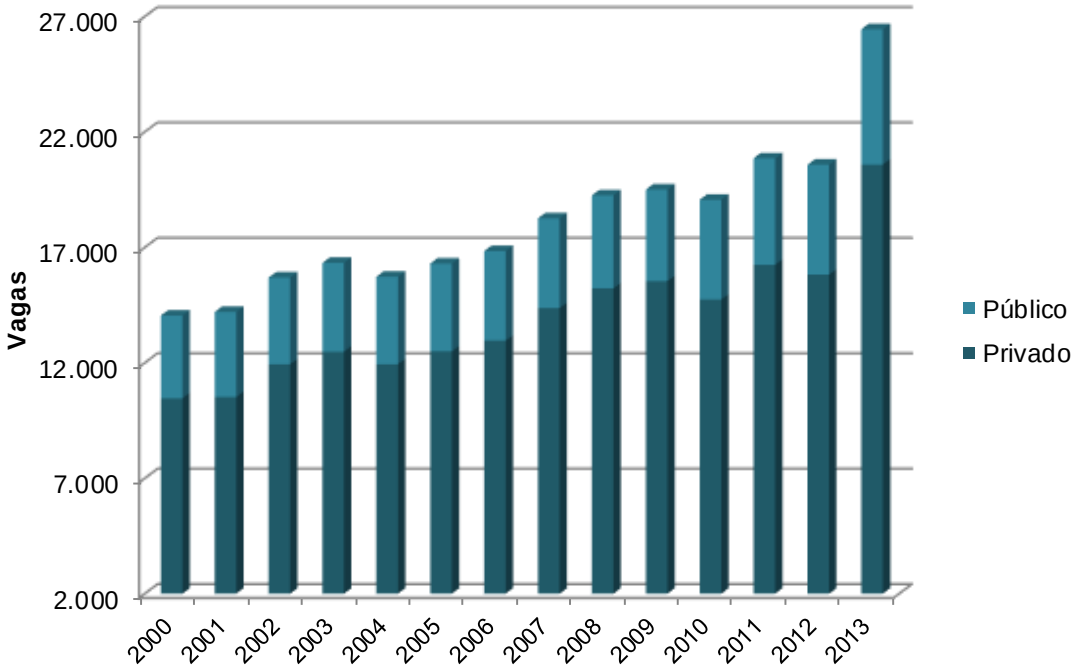
Gráfico 94. Número e taxa de crescimento de cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas no país obteve um crescimento de 88,3%, passando de 14.051 para 26.459 vagas. O setor privado é responsável por mais de 70% das vagas dos cursos de graduação em odontologia. Desde 2000 predominam as vagas privadas, as quais, em 2013, somaram 20.590 correspondentes a 77,8% do total. A variação no período 2000-2013 foi de 96,8% no setor privado e de apenas 63,6% no público (Gráfico 95).

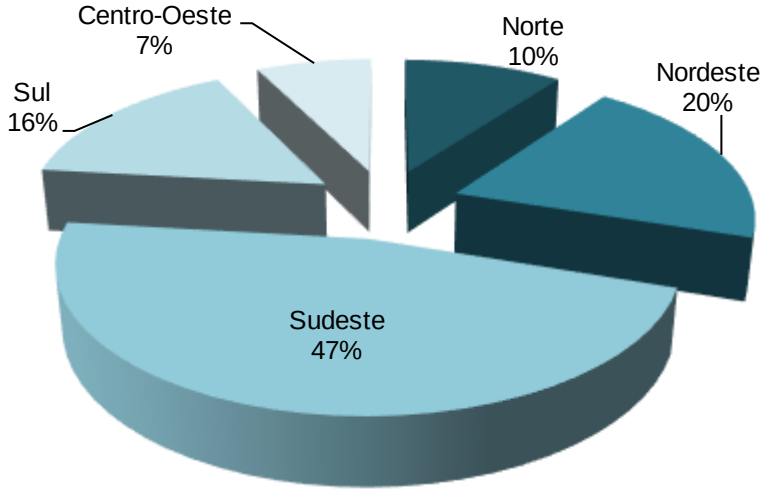
Gráfico 95. Percentual de vagas de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco menos de 50% do total de vagas de graduação em odontologia do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 96).

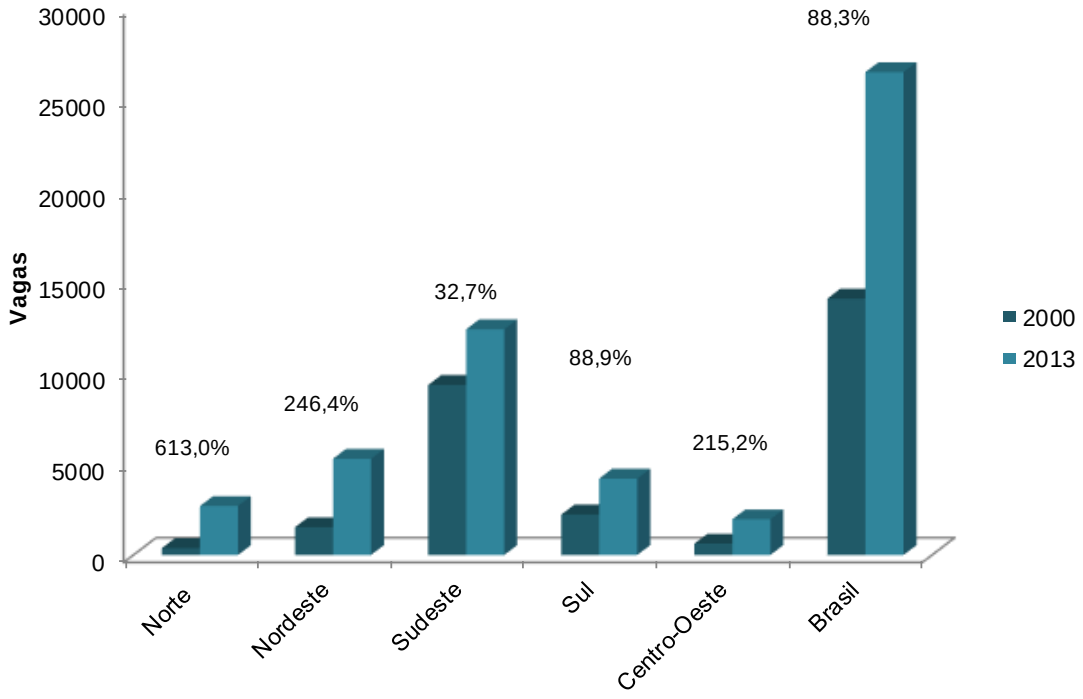
Gráfico 96. Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em odontologia, segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Norte (613,0%), enquanto a Sudeste apresentou o menor incremento (32,7%) (Gráfico 97).

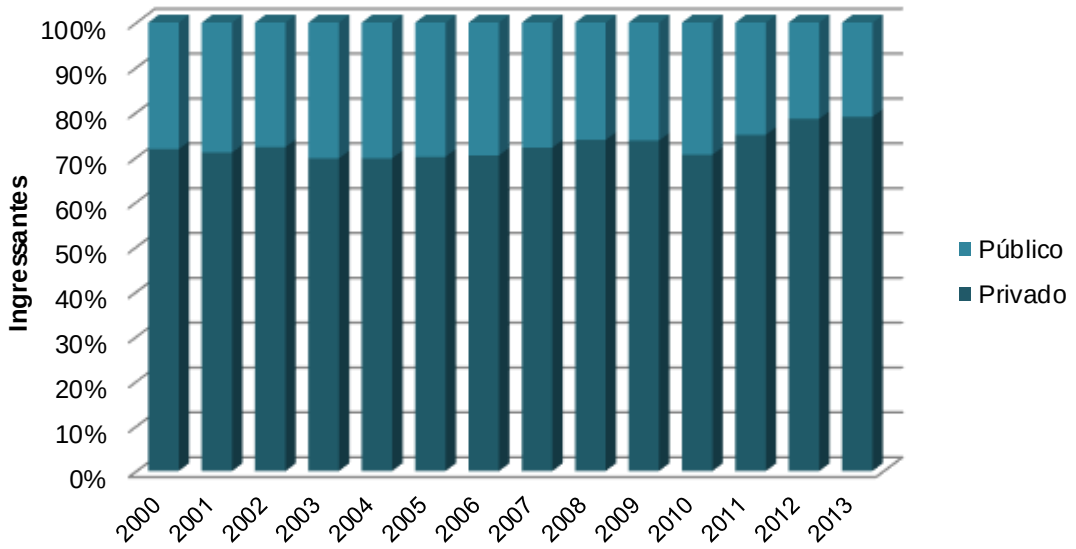
Gráfico 97. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de odontologia no país, em 2013, foi de 25.752; e em, 2000, os ingressantes foi de 13.285. A variação nesse período foi de 93,8%. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que, no mesmo período, o crescimento do número de ingressantes em cursos dessa esfera foi de 113,3%, ao passo que no setor público, a taxa foi de apenas 44,3%.

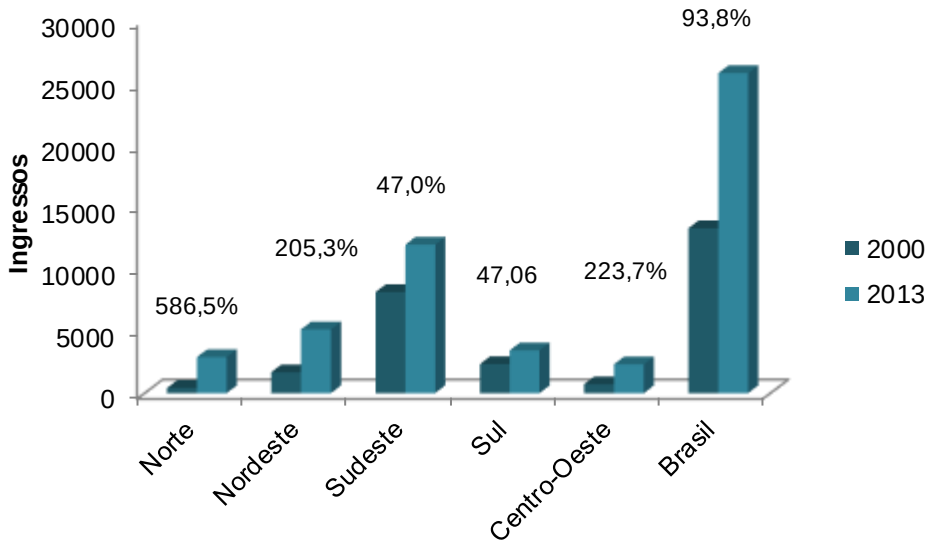
Gráfico 98. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em odontologia, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste apresentou a menor taxa de incremento (47,0% seguido da região Sul (47,6%). Não obstante, no decorrer desse período, o maior número de ingressos se deu nesta região. A região Norte foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período, seguida da região Centro-Oeste (Gráfico 99).

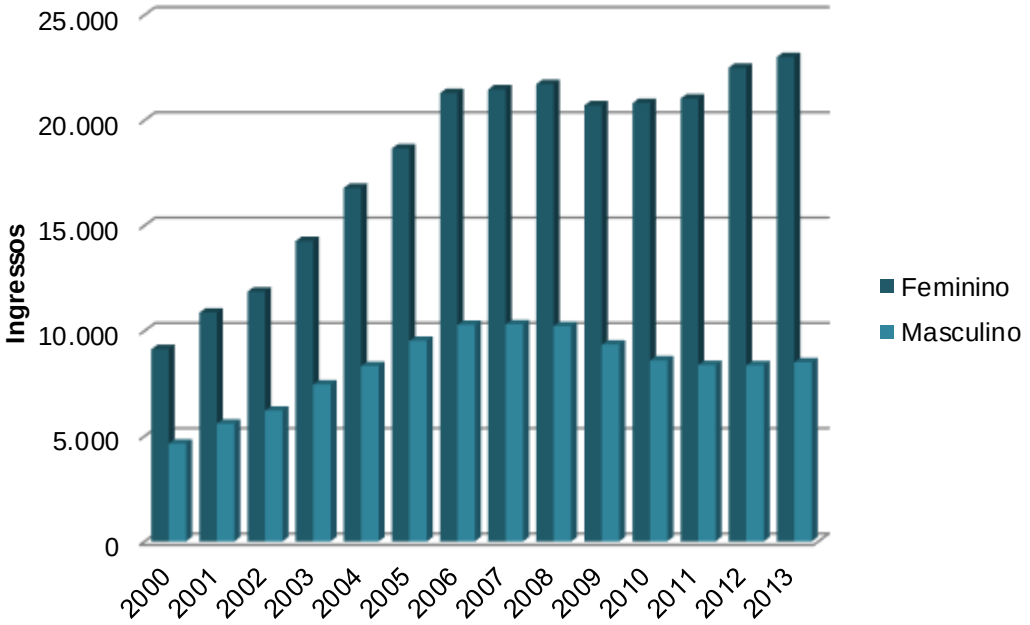
Gráfico 99. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 100 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo. Observa-se que nos anos iniciais da década dos anos 2000, a maior proporção de ingressantes era de mulheres (66,3 %). Essa tendência se manteve nos outros anos e ocorre o aumento da proporção para 73% de predominância do sexo feminino em 2013. A variação no período 2000-2013 foi de 152,0% no sexo feminino, e de apenas 83,1% no sexo masculino.

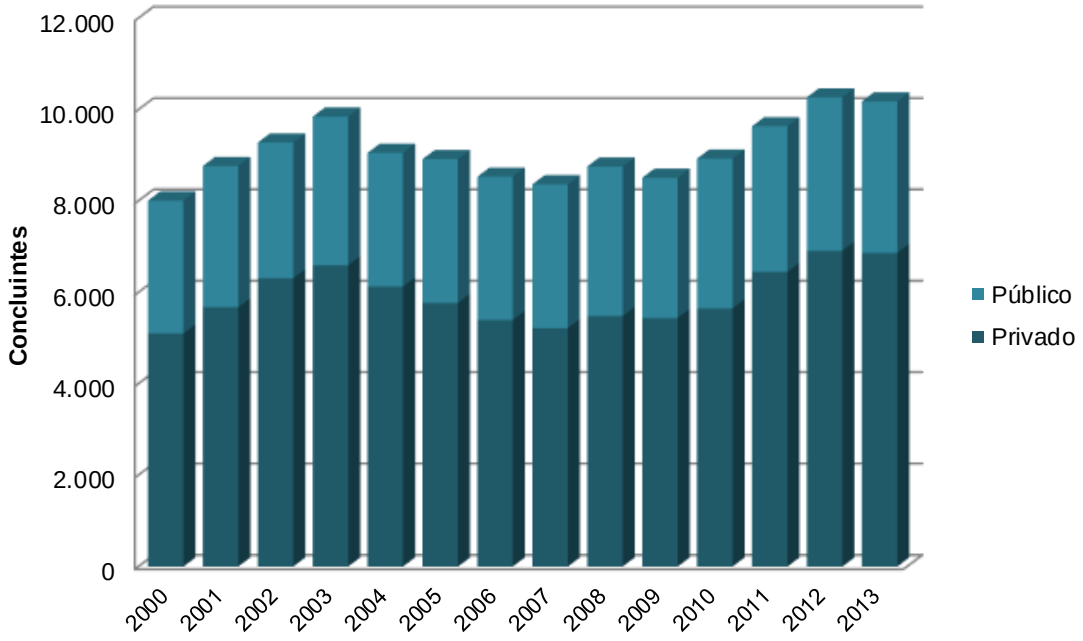
Gráfico 100. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 101 informa do número de concluintes de cursos de graduação em odontologia, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. Visualiza-se pouca variação do número de concluintes durante os anos 2000-2013, sendo que entre os anos de 2005-2009 houve um pequeno decréscimo do número de concluintes. O predomínio de concluintes da esfera privada se manteve em todos os anos. A variação de concluintes no Brasil, no mesmo período foi de 27,1%.

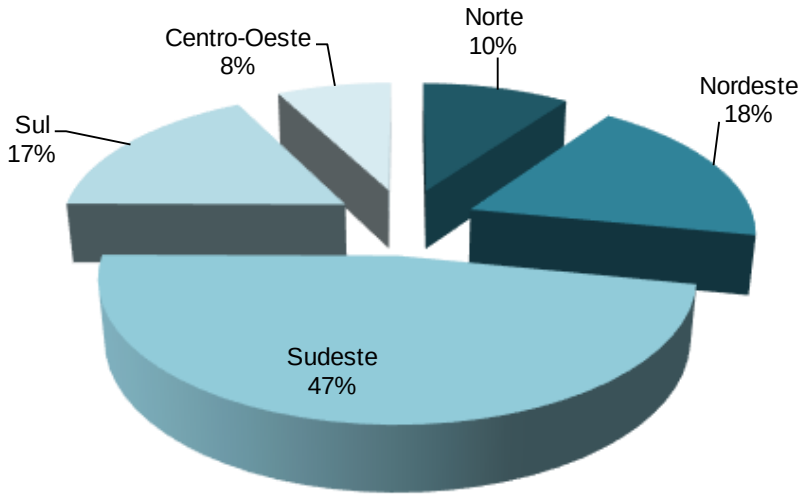
Gráfico 101. Concluintes nos cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que pouco menos da metade dos concluintes de graduação em odontologia do Brasil eram provenientes da região Sudeste. As regiões Centro-Oeste e Norte foram as que formaram menor número de odontólogos (Gráfico 102).

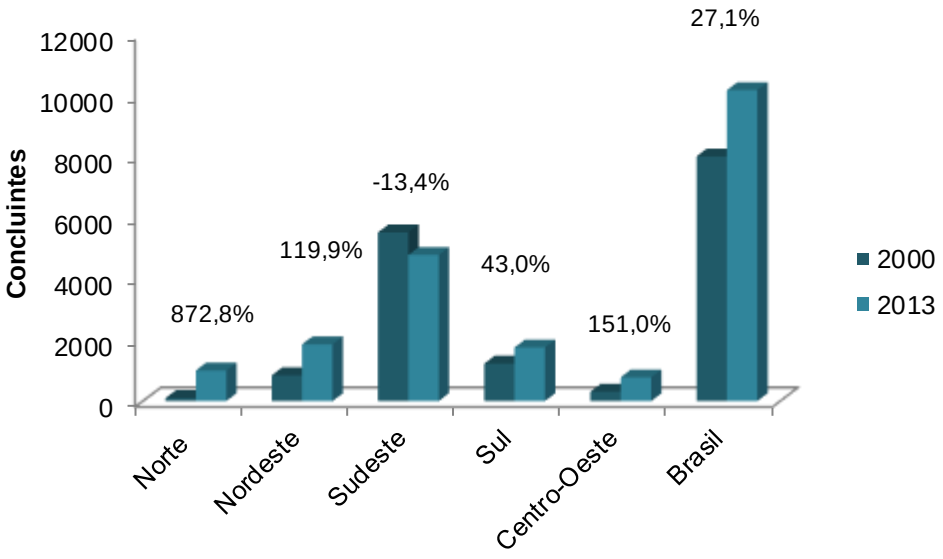
Gráfico 102. Distribuição de concluintes em cursos de odontologia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os maiores percentuais de elevação, quais sejam: 872,8% e 151%, nesta ordem, e a Região Sudeste teve decréscimos de 13,4 %. (Gráfico 103).

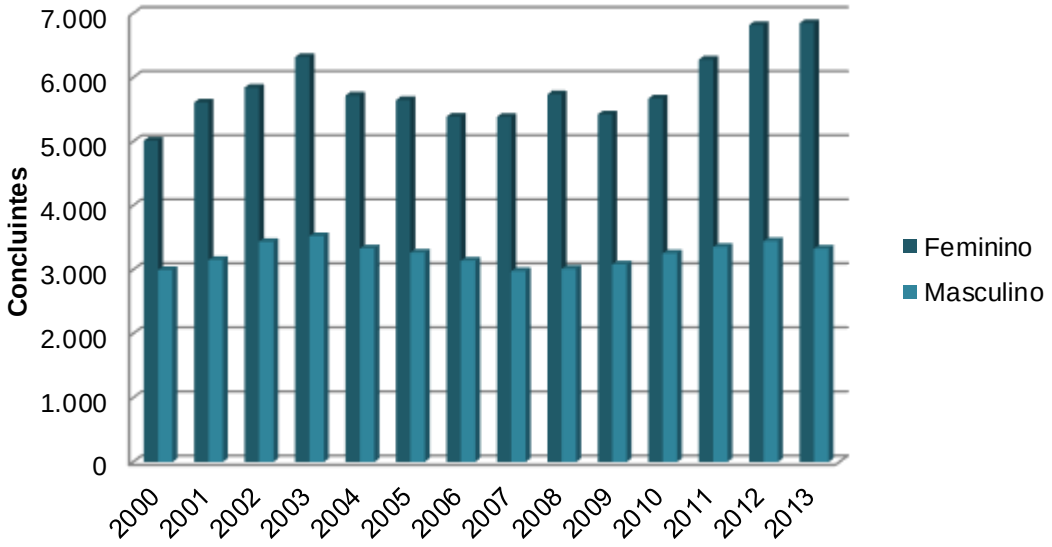
Gráfico 103. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em odontologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 104 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo. Os egressos do sexo femininos são maioria desde o ano de 2000, mantendo-se pelos demais períodos. Em 2013, elas representaram 67,3% do total de graduados em odontologia. A variação no período 2000-2013 foi de 36,6% no sexo feminino, e de apenas 11,2% no sexo masculino.

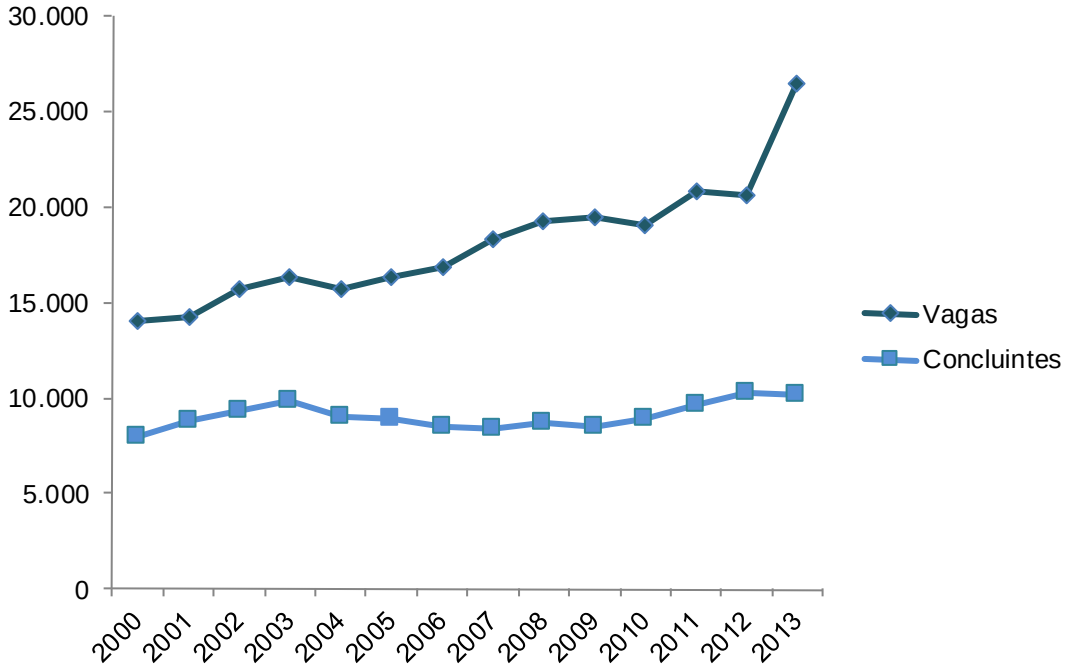
Gráfico 104. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em odontologia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 105 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em odontologia nos últimos anos. Verifica-se que o número de vagas era e ainda é superior ao de concluintes. A taxa de crescimento do número de vagas no período foi de 88,3% contra 27,1% de concluintes, demonstrando uma diferença de 61,2%.

Gráfico 105. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação e odontologia. Brasil, 2000-2010

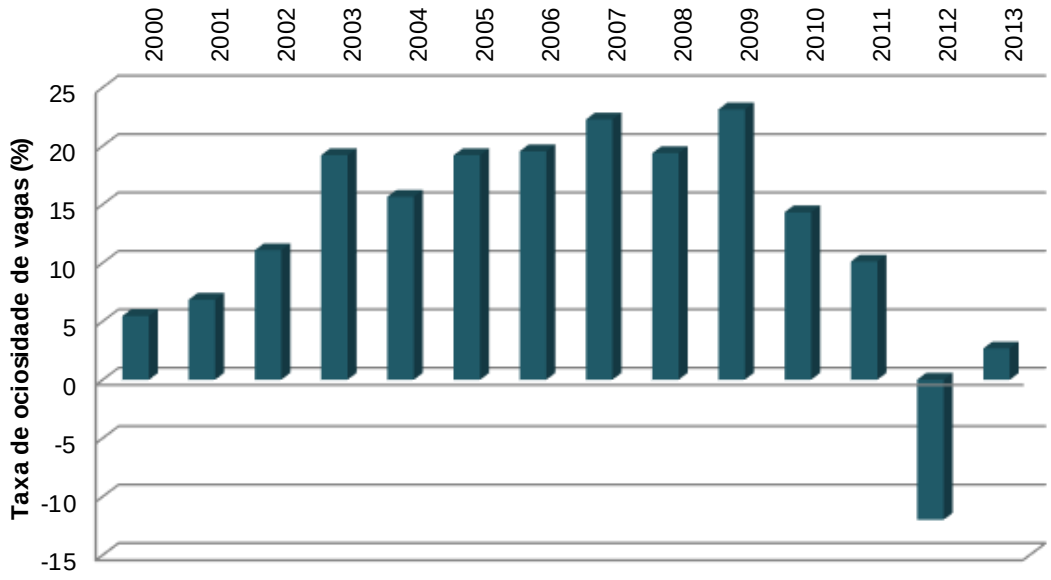


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 106, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[i] em cursos de odontologia. A taxa de ociosidade teve um aumento até o ano de 2009 e depois de 2010 em diante começou a sofrer redução. Durante todo o período 2000-2013 os números de vagas ofertadas pelos cursos de graduação em odontologia eram maiores que o número de ingressos. No ano de 2013 a taxa de ociosidade foi de 2,7 % e em 2012 foi de -12 % a menor encontrada durante o período.

[i] Percentual de vagas não preenchidas.

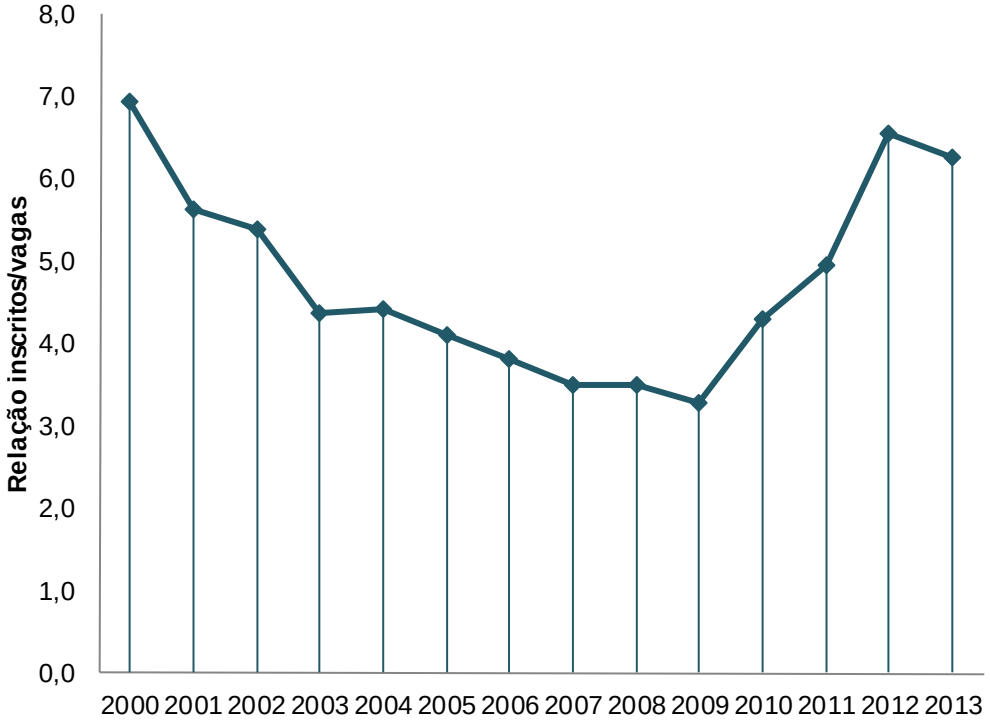
Gráfico 106. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em odontologia. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 107 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de odontologia, no período 2000-2013. Observa-se maior concorrência por cursos de odontologia nos anos 2000 e 2012. A menor concorrência foi estabelecida no ano de 2009: 3,3 candidatos inscritos para cada vaga ofertada. A taxa de incremento desta relação no período foi redução de 9,8%.

Gráfico 107. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em odontologia da saúde. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A Tabela 2apresenta o número de cursos, vagas e concluintes de graduação em odontologia por estado brasileiro. Nela, nota-se que se mantêm a concentração dessas variáveis nos estados da região Sudeste, a saber: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; e, que o menor número delas é observado em estados da região Norte: Roraima, Amapá, Pará e Acre.

Tabela 13. Cursos, vagas e concluintes de graduação em odontologia por estado brasileiro. Brasil, 2013

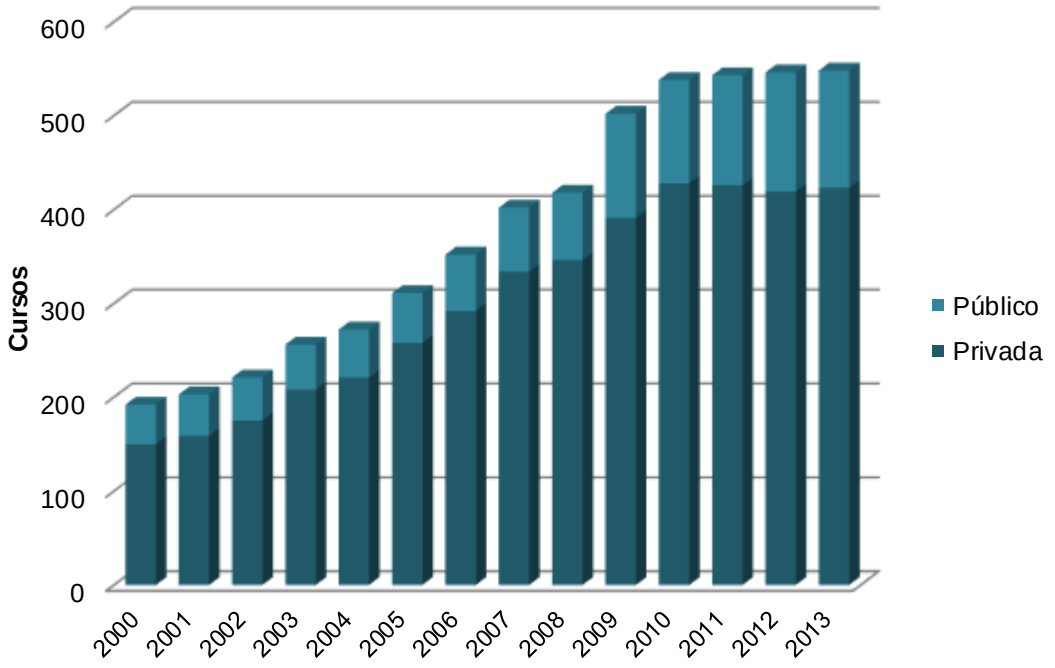
UF	Cursos	Vagas	Concluintes
Acre	1	200	27
Alagoas	3	320	132
Amapá	2	510	43
Amazonas	6	902	375
Bahia	11	1211	395
Ceará	5	659	256
Distrito Federal	4	425	175
Espírito Santo	4	482	113
Goiás	4	505	268
Maranhão	4	573	175
Mato Grosso	3	415	134
Mato Grosso do Sul	3	264	52
Minas Gerais	24	2650	1455
Pará	2	234	136
Paraíba	6	731	262
Paraná	18	1604	774
Pernambuco	7	795	242
Piauí	4	433	153
Rio de Janeiro	18	1692	839
Rio Grande do Norte	3	331	173
Rio Grande do Sul	14	1258	636
Rondônia	3	280	110
Roraima	1	40	42
Santa Catarina	10	1323	346
São Paulo	52	8003	2546
Sergipe	3	219	72
Tocantins	4	400	249
Total	219	26459	10180

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Evolução dos cursos de graduação em psicologia 2000-2013

Dados do INEP de 2013 apontam a existência de 548 cursos de psicologia em todo o Brasil, dos quais 150 privados. A curva de evolução do número de cursos de graduação em odontologia no Brasil, conforme o Gráfico 108, a seguir, indica um crescimento das variáveis segundo a natureza jurídica. Entre os anos de 2000-2013 a proporção de cursos privados vem sendo maior do que os cursos públicos. A taxa de crescimento no mesmo período da soma de todos os cursos foi de 185,4%.

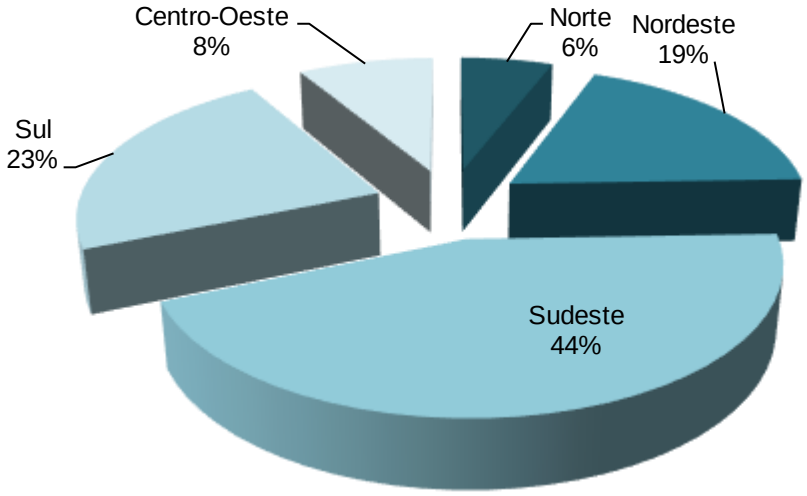
Gráfico 108. Cursos de graduação em psicologia segundo natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Em média, 45% dos cursos de graduação em saúde estão na região Sudeste e o mesmo percentual se aplica para cursos de graduação em psicologia. O Gráfico 109 mostra o número de cursos de graduação em Psicologia por região em 2013.

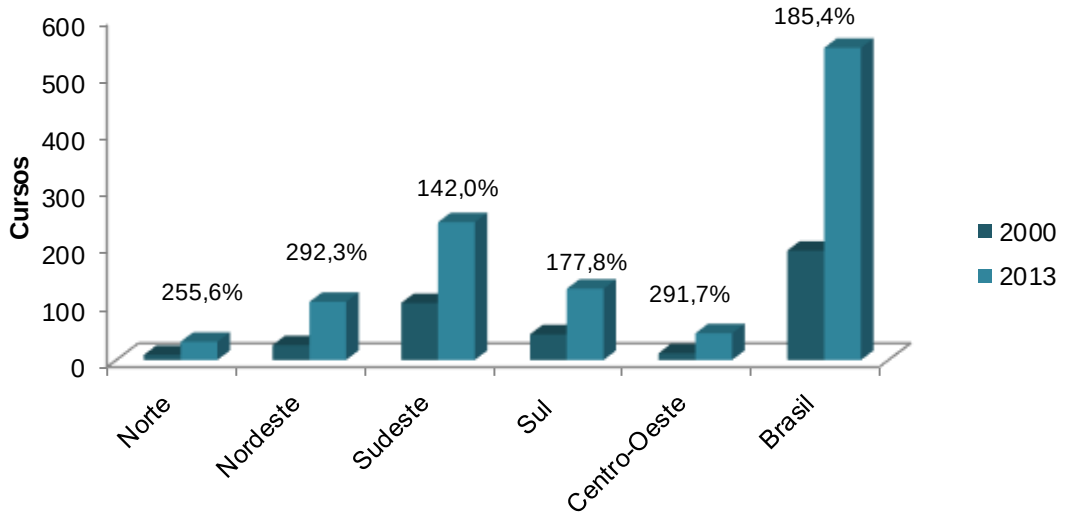
Gráfico 109. Distribuição de cursos de graduação de psicologia por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a tendência do número de cursos de graduação em psicologia por regiões do Brasil, no período 2000-2013, a região Sudeste manteve o maior número de cursos do país (n=242). Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos foram a Nordeste (n=292,3%) e Centro-Oeste (n=291,7%). O incremento total (Brasil), no mesmo período foi de 185,4% (Gráfico 110).

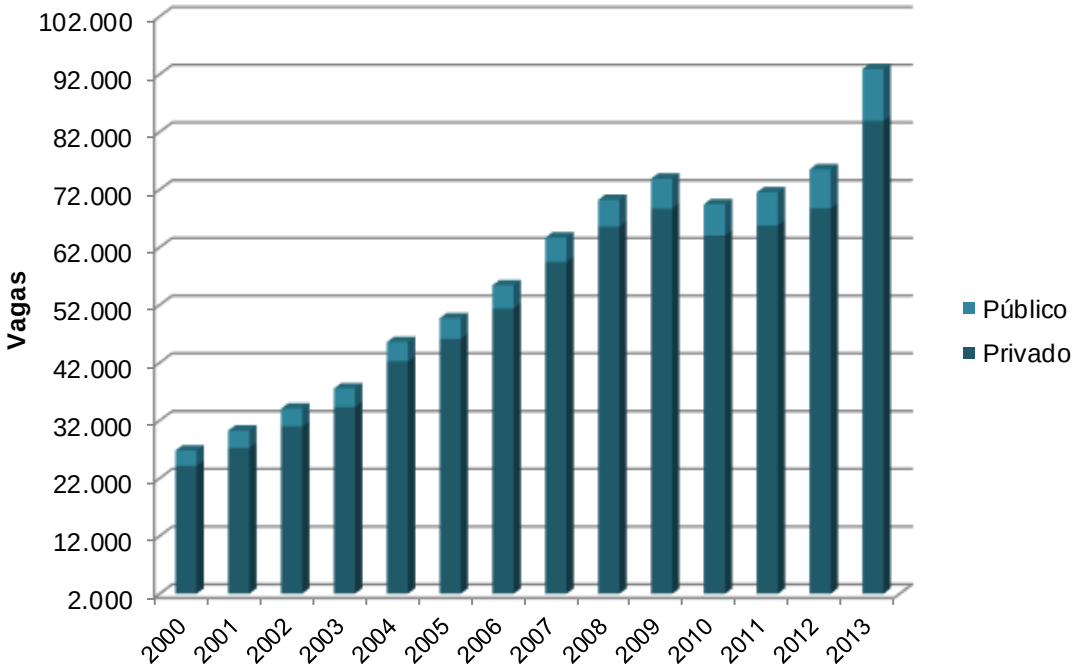
Gráfico 110. Distribuição dos cursos de graduação em psicologia no Brasil entre 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

No período 2000-2013, o número de vagas no país obteve um crescimento de 246,3%, passando de 26.823 para 92.891 vagas. O setor privado é responsável por mais de 90% das vagas dos cursos de graduação em psicologia. Desde 2000 predominam as vagas privadas, as quais, em 2013, somaram 83.914. A variação no período 2000-2013 foi de 247,2% no setor privado e de 238,5% no público (Gráfico 111).

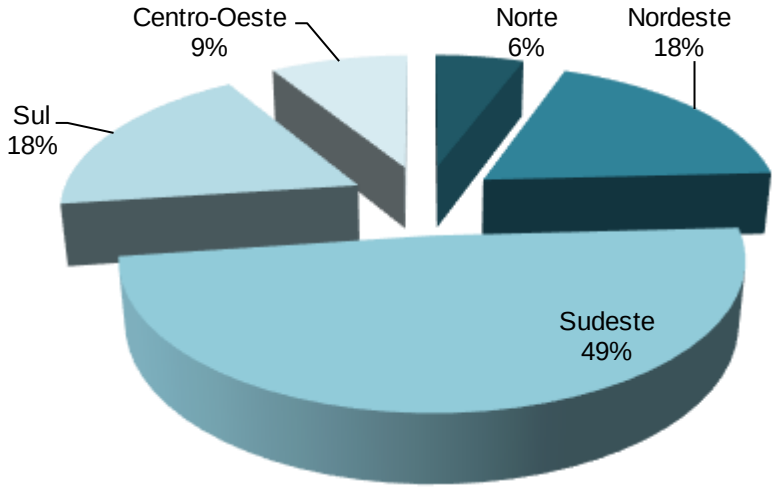
Gráfico 111. Percentual de vagas de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A região Sudeste oferta pouco menos de 50% do total de vagas de graduação em psicologia do Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 112).

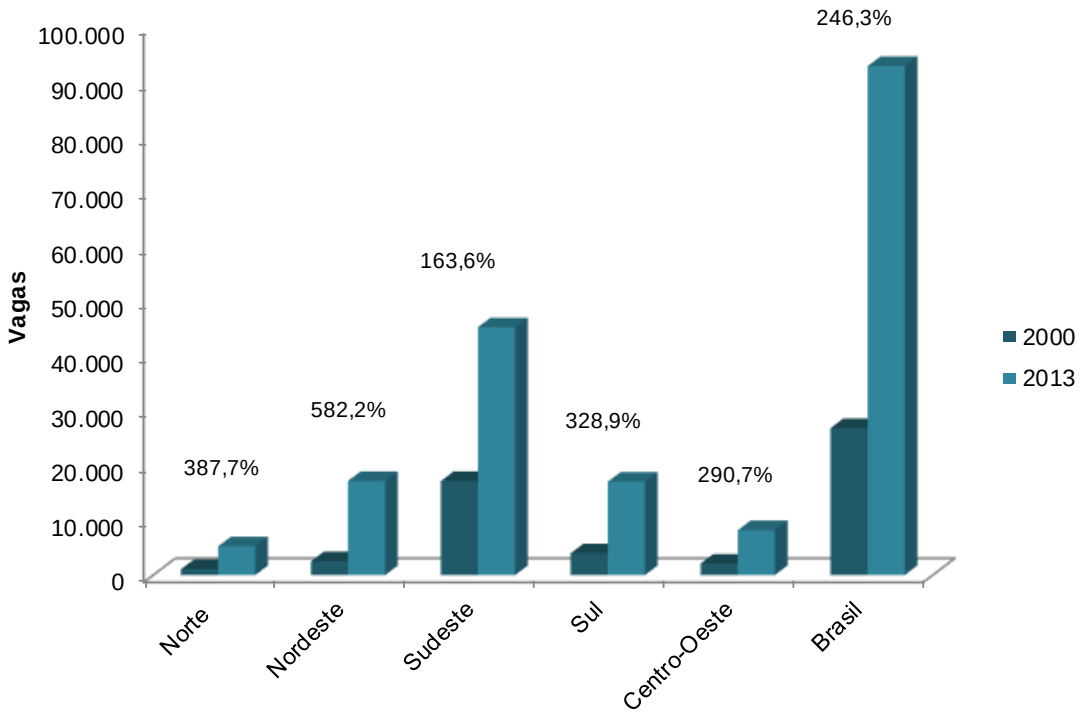
Gráfico 112. Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em psicologia, segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Nordeste, enquanto a Sudeste apresentou o menor incremento (Gráfico 113).

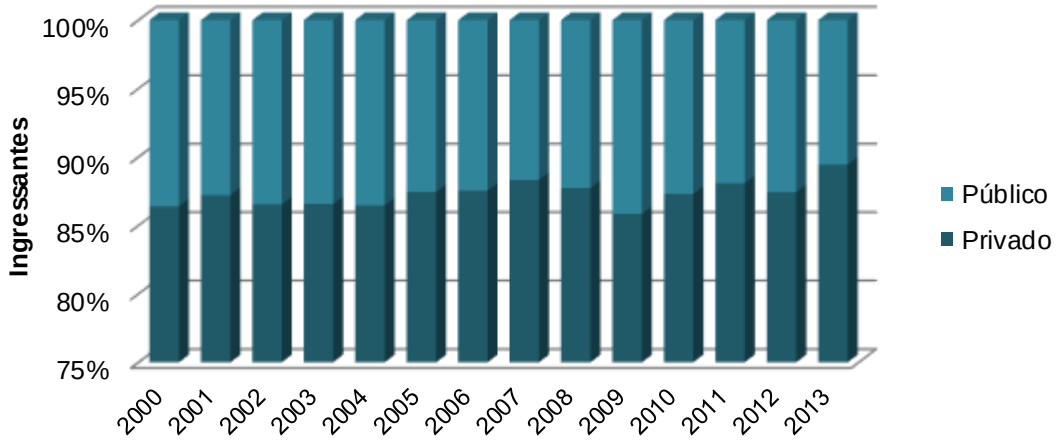
Gráfico 113. Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O número de ingressantes em cursos de graduação de psicologia no país, em 2013, foi de 66.823; e em, 2000, os ingressantes foi de 24.108. A variação nesse período foi de 177,2%. Tal incremento é, em grande medida, responsabilidade do setor privado, já que, no mesmo período, o crescimento do número de ingressantes em cursos dessa esfera foi de 186,9%, ao passo que no setor público, a taxa foi de apenas 115,2%.

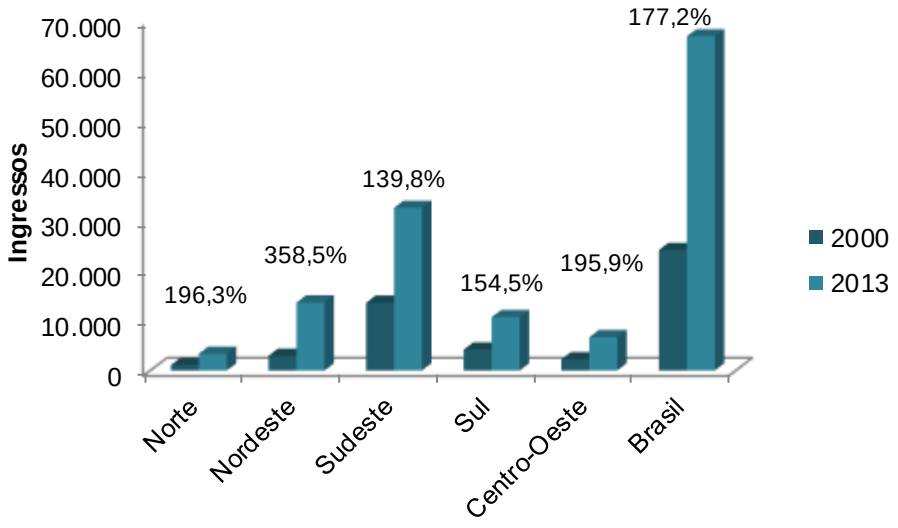
Gráfico 114. Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Considerando a evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em psicologia, no período 2000-2013, segundo as regiões do Brasil, a Sudeste apresentou a menor taxa de incremento. Não obstante, no decorrer desse período, o maior número de ingressos se deu nesta região. A região Nordeste foi a que mais aumentou o número de ingressantes ao longo desse período, seguida da região Norte (Gráfico 115).

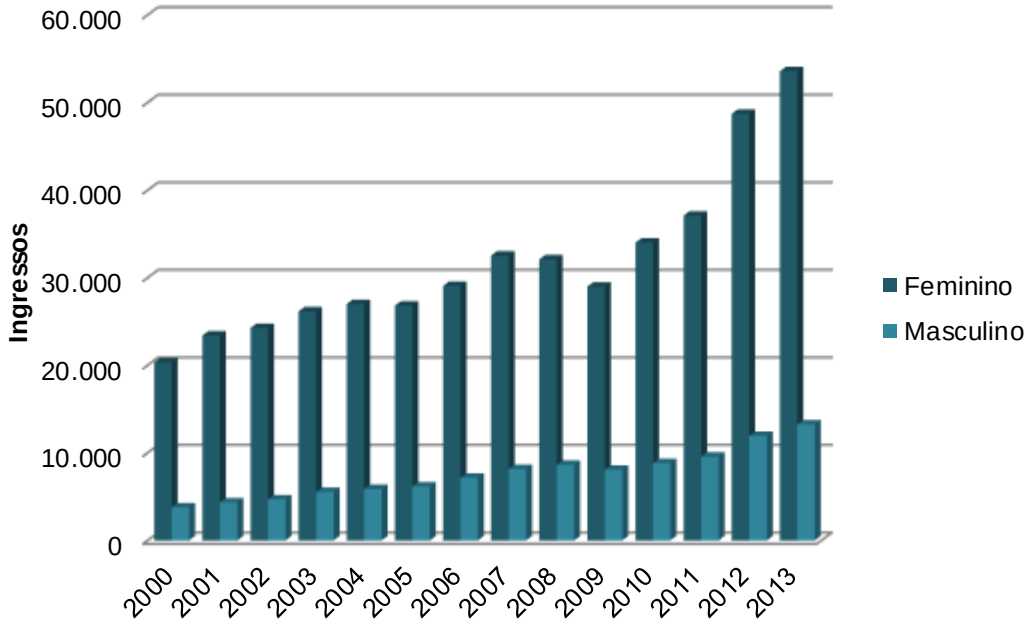
Gráfico 115. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em psicologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 116 apresenta a evolução de ingressantes segundo o sexo. As mulheres foram e ainda são a maioria das ingressantes nos cursos, no entanto, no período avaliado a taxa de incremento entre os sexos foi maior entre o masculino: 251,0% contra 163,5% do sexo feminino.

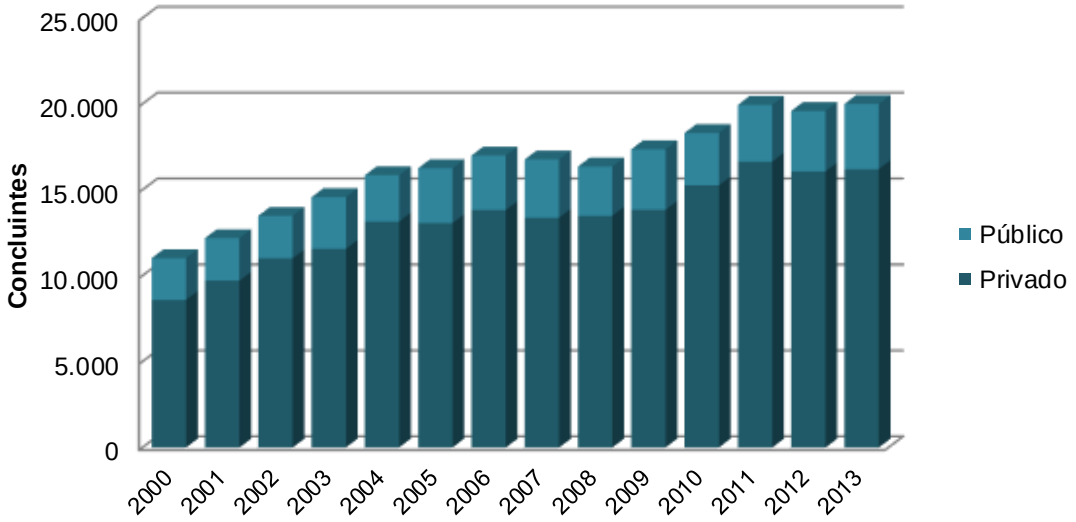
Gráfico 116. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 117 informa do número de concluintes de cursos de graduação em psicologia, segundo a natureza jurídica, no período de 2000-2013. O predomínio de concluintes da esfera privada se manteve em todos os anos, crescendo 88,5% no período 2000-2013.

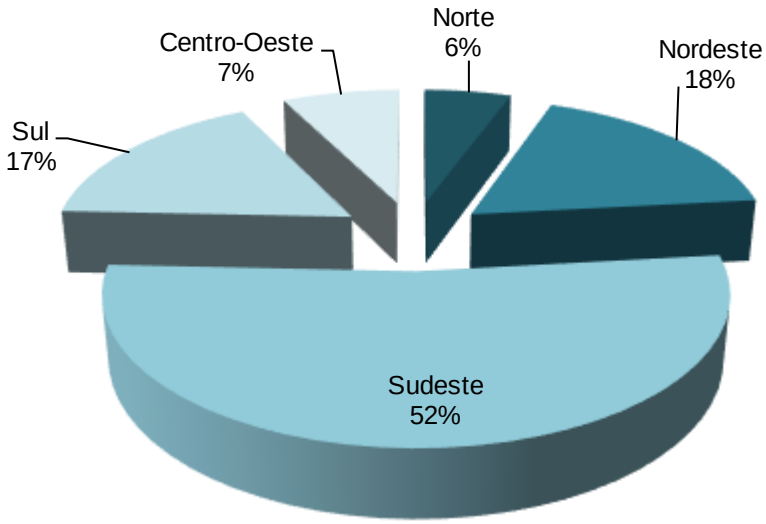
Gráfico 117. Concluintes nos cursos de graduação em psicologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Os dados de 2013 apontam que pouco menos da metade dos concluintes de graduação em psicologia do Brasil eram provenientes da região Sudeste. As regiões Centro-Oeste e Norte foram as que formaram menor número de odontólogos (Gráfico 118).

Gráfico 118. Distribuição de concluintes em cursos de psicologia por região. Brasil, 2013

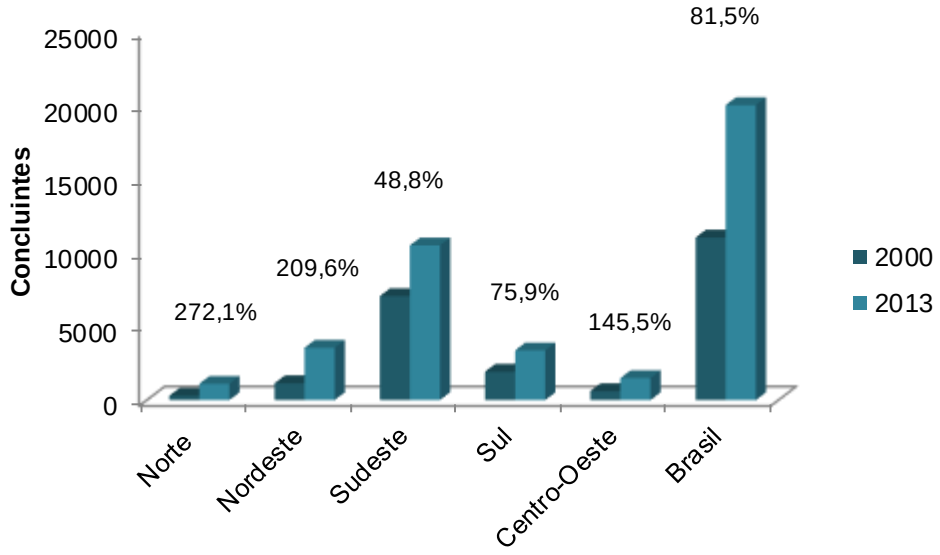


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Apesar de a região Sudeste concentrar o maior número de concluintes do país, o cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que

as regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores percentuais de elevação (Gráfico 119).

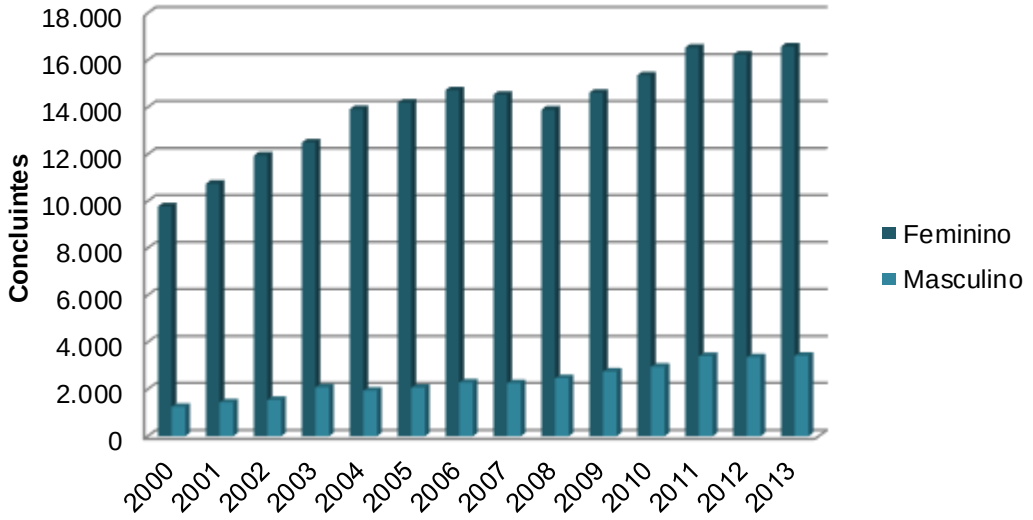
Gráfico 119. Número e taxa de crescimento de ingressos nos cursos de graduação em psicologia segundo regiões. Brasil, 2000, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 120 apresenta a evolução de concluintes segundo o sexo. Os egressos do sexo feminino são maioria desde o ano de 2000, mantendo-se pelos demais períodos. Em 2013, elas representaram 82,9% do total de graduados em psicologia. A variação no período 2000-2013 foi de apenas 69,6% no sexo feminino, e de 174,8% no sexo masculino.

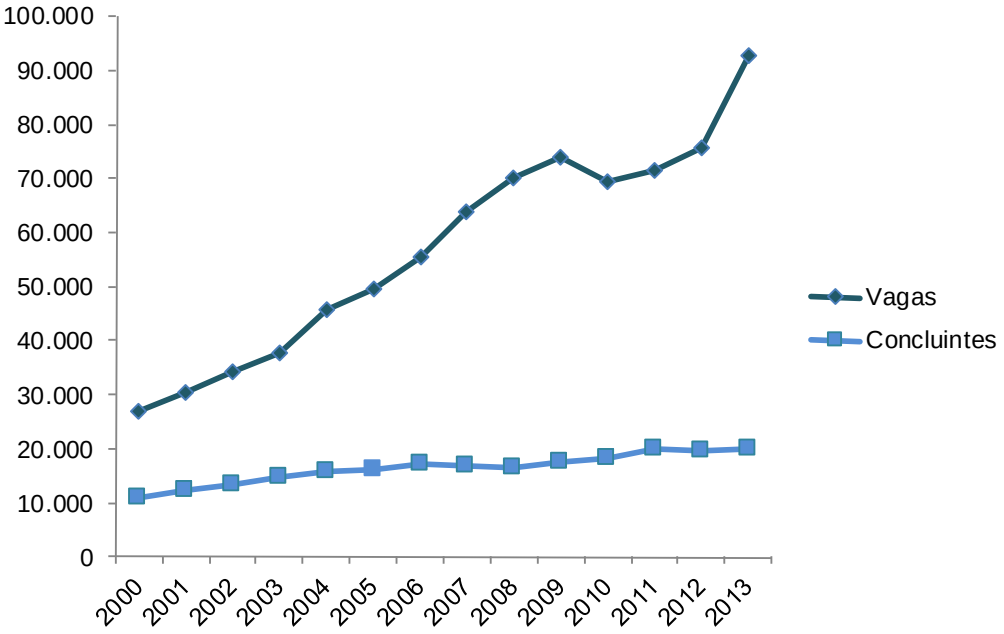
Gráfico 120. Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em psicologia segundo sexo. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 121 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em psicologia nos últimos anos. Verifica-se que o número de vagas era e ainda é superior ao de concluintes. A taxa de crescimento do número de vagas no período foi de 246,3% contra 81,5% de concluintes.

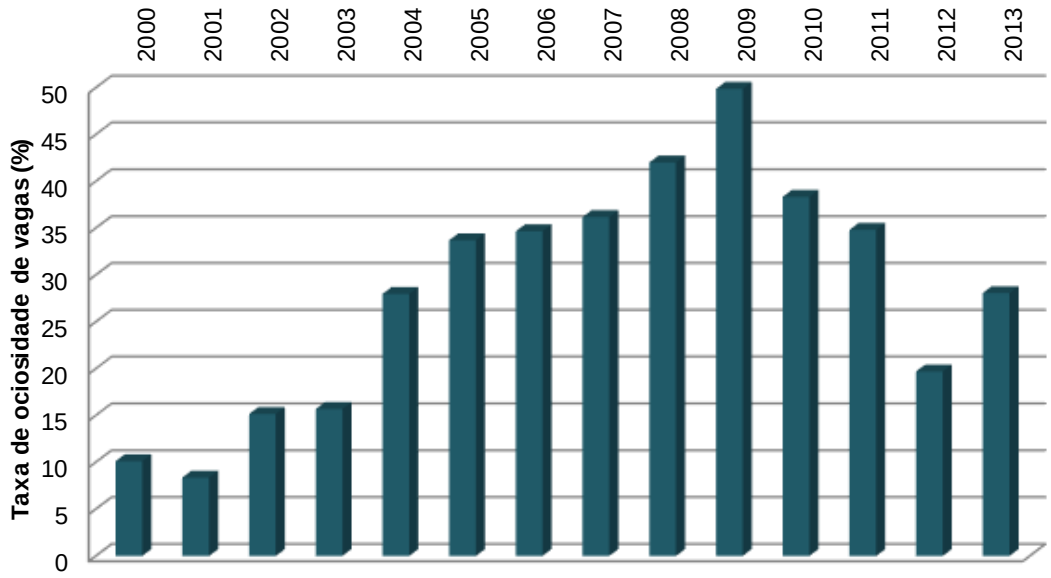
Gráfico 121. Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação e psicologia. Brasil, 2000-2010



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

A partir do Gráfico 122, observa-se a taxa de ociosidade de vagas[j] em cursos de psicologia. Essa taxa teve um aumento até o ano de 2009, a partir de 2010 começou a sofrer redução. Durante todo o período 2000-2013 os números de vagas ofertadas pelos cursos de graduação em psicologia eram maiores que o número de ingressos. No ano de 2013 a taxa de ociosidade foi de 28,1% e em 2001 foi de 8,4%, a menor encontrada durante o período.

Gráfico 122. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em psicologia. Brasil, 2000-2013

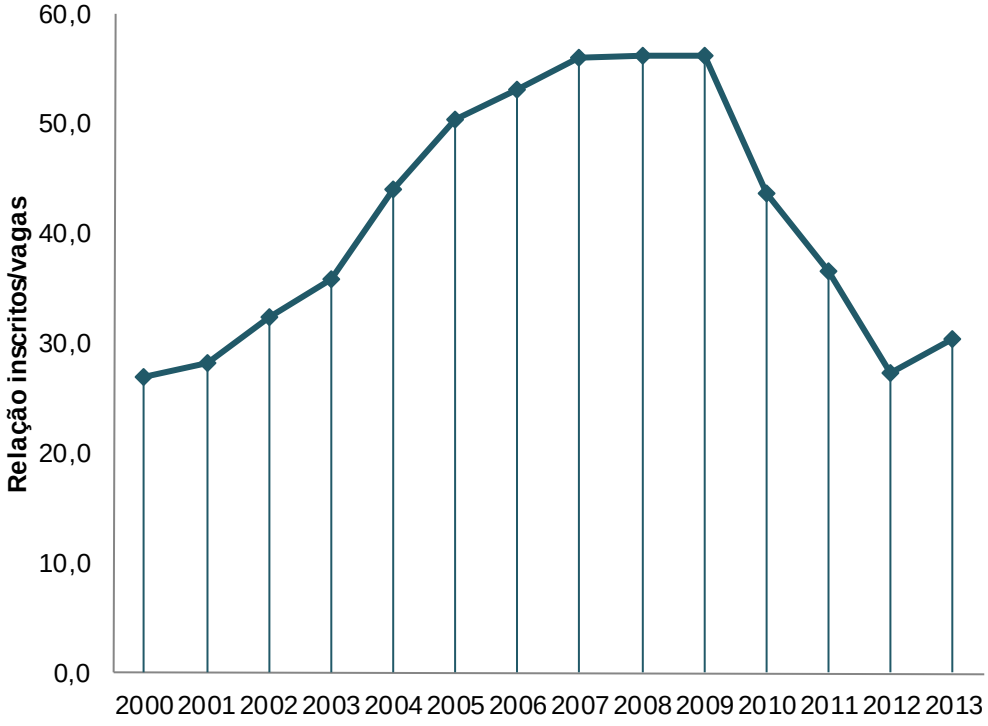


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

O Gráfico 123 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de psicologia, no período 2000-2013. Observa-se maior concorrência por cursos de psicologia nos anos 2008 e 2009. A menor concorrência foi estabelecida no ano de 2000: 26,9 candidatos inscritos para cada vaga ofertada. A taxa de incremento desta relação no período foi de 12,7%.

[j] Percentual de vagas não preenchidas.

Gráfico 123. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em psicologia da saúde. Brasil, 2000-2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

Referências

1 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4):758-64.

2 Haddad, Ana Estela et al. (Org.). Trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991- 2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

3 Silveira CA, Paiva SMA. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. Cienc Cuid Saude. 2011 Jan/Mar; 10(1):176-183.

4 Germano RM. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil (1955 - 1980). 4. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2007.

5 Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.

6 Nascimento, MEB, Oliveira MCM. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. Revista HISTEDBR On-line [Internet]. 2006 set. [citado em 06 jul. 2015];(23):131–42. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09_23.pdf

7 Fernandes JD. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: Teixeira E. et al. (Org.). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

8 Meneses LBA; Silva MIT. Contribuição ao ensino de enfermagem no Brasil e o Programa de Integração Docente Assistencial. Conceitos. 2002;5(7):141-6.

9 Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: Documentário. Brasília: ABEN; 1976.

10 Sauthier J, Carvalho V. A Missão Parsons: documentos históricos da EEAN/UFRJ 1922-1931. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery; 1999.

11 Leonello VM, Miranda Neto MV, Oliveira MAC. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(Esp. 2):1774-9.

12 Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial

da União, ago. 1949 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm

13 Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Internet]. Diário Oficial da União, 27 dez. 1961 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L4024.htm

14 Ito EE, Takahashi RT. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. Rev. esc. enferm. USP. 2005;39(4):409-16.

15 Francisco IMF, Castilho V. A inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada à enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2006;40(1):13-9.

16 Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev. esc. enferm. USP. 2001;35(1):880-877.

17 Caverni LMR. Curso Técnico de Enfermagem: uma trajetória histórica e legal – 1948 a 1973. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2005.

18 Ministério da Educação. Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa o currículo mínimo dos cursos de enfermagem. Diário Oficial da União, 16 dez. 1994 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19

19 Lei nº. 9.394 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 23 dez. 1996 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9394.htm

20 Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 03, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, nov. 2001 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

21 Campese M, Mazzaroba L. Ensino farmacêutico no Brasil: do currículo mínimo às Diretrizes Nacionais Curriculares. Olho Mágico. 2005;12(1):3-8.

22 Brandão A. Memória farmacêutica: por quê preservar? Entrevista com Professora Marta de Lana. Pharmacia Brasileira. 2012;12(85)22-26.

23 Furtado VS. Análise do processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

24 Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Internet]. Diário Oficial da União, 27 dez. 1961 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L4024.htm

25 Cecy C. Diretrizes curriculares - Dez anos. Boletim da Abenfarbio. Pharmacia Brasileira. 2011;(80):53-60.

26 Conselho Federal de Educação. Resolução nº 4, de 11 de abril de 1969. In: Ministério da Educação. Currículos mínimos dos cursos de nível superior. 2. ed. Brasília: MEC; 1975. p. 227-8.

27 Estefan IJS. O ensino de farmácia. Cad. Saúde Pública. 1986;2(4): 511-32.

28 Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, 04 mar. 2002 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf

29 Decreto Federal nº 85.878 de 07 de abril de 1981, estabeleceu normas para a execução da Lei 3.820 de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão farmacêutica

30 Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, 2002.

31 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resoluções. Disponível no site www.coffito.org.br. Último acesso em 20/6/2015.

32 Barros FBM. Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1954-1965).

33 Tommaso MC. Expansão do ensino superior e mercado de trabalho: o caso da fisioterapia. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

34 Camara AMCS Santos LLC. Um estudo com egressos do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - 1982-

2005. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.

35 Bispo Jr JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.16 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2009.

36 Guimarães AS Silva HD. A reforma universitária e os centros universitários. Revista de Educação do Cogeime. A n o 14 - n . 27 – dez. / 2005

37 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

38 Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apóio a Saúde da Família (NASF). Com. Ciências Saúde. 2010; 21(3): 261-266

39 Silva DJ Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1673-1681. 2007.

40 Haddad AE. Morita MC. Pierantoni CR. Brenelli SL. Passarella T Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev. Saúde Pública, 2010.

41 Amaral JL. Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência, nos anos 90 na ordenação de recursos humanos para o SUS. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

42 Tognoli H. Práticas curriculares em medicina na atenção básica - um estudo de caso. Itajaí, SC. Dissertação [Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho]. Universidade do Vale do Itajaí; 2006

43 Rego S. Educação médica no Brasil no século XX. Boletim da ABEM. 2000;XXVIII(2).

44 Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de Mudança. Londrina, Rio de Janeiro: UEL/ABEM; 1999.

45 Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Internet]. Diário Oficial da União, 27 dez. 1961

[citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L4024.htm

46 Lei nº. 9.394 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 23 dez. 1996 [citado em 06 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9394.htm

47 Feuerwerker L. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface comun saúde educ. 2002;6(10):37-50.

48 Santos NR. A Luta pela Reforma Curricular. Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro; 1980.

49 Fraga Filho C. Introdução. Boletim da ABEM. 2001;XXIX(1):13.

50 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República do Brasil; 1990.

51 Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. DOU, Brasília, 3 out. 2001.

52 Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES/MEC nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: MEC; 2001.

53 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. DOU, Brasília, 23 nov. 2013.

54 Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. DOU, Brasília, 2014.

55 Vasconcelos FASG, Calado CLA. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. *Rev. Nutr.* 2011;24(4):605-17.

56 Ferrari, MAM. História da Odontologia no Brasil: o currículo e a legislação entre 1856 e 1931 [Tese de doutorado]. Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo (USP); 2011.

57 Maltagliati, LA; Goldenberg, P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia. História, Ciências e Saúde- Manguinhos. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1329-1340, out- dez.2007.

58 Lisboa FS Barbosa AJG. Formação em Psicologia no Brasil: Um Perfil dos cursos de graduação. Rev. Psicologia, Ciência e Profissão. 2009, 29 (4), 718-737

59 Antunes MAM. A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarco, 2003.

60 Antunes MAM (Org.) História da psicologia no Brasil: primeiros ensaios (pp. 33-70). Rio de Janeiro: EdUERJ; Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. 2006

61 Bernades JS. O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: Análise de documentos de domínio público. Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3*(2), 2004. Disponível em: www.revispsi.uerj.br

62 Ferreira Neto JL. A formação do psicólogo: clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/ FCH, 2004.

63 Yamamoto OH Siqueira G da S Oliveira S da C. A Psicologia no Rio Grande do Norte: caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. CFP. Universidade Federal do rio Grande do Norte, 1995.

64 Soares AR. (2010). A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *30* (spe), 8-41.

65 Guzzo RSL Mezzalina ASC Moreitra APG Tizzei RP & Silva Neto WM de F. Psicologia e Educação no Brasil: uma visão da história e possibilidades nessa relação. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2010. 26(spe), 131-141.

66 Constituição Federal República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.

67 Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 1996. Atualizada em 08 mai. 2013.

68 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução no 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as graduações da área da saúde. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://cref2rs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf. Acesso em: 29 de março de 2014.

69 Parecer CNE nº 776, de 3 de dezembro de 1997. Trata das orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF: CNE; 1997.

70 Lei nº 10.172, de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2001.

71 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2013.

72 Vieira ALS, Amâncio Filho A. Apresentação. In: Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz (Org.). Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.17-23.

73 Pierantoni CR, França T, Magnago C, Nascimento DN, Miranda RG. Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ; 2012.

74 Pierantoni CR, Magnago C. Oferta e necessidade de recursos humanos em saúde – República Federativa do Brasil. Montevideo, Uruguay: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

75 Pierantoni CR, Magnago C, Girardi S, Carvalho CL, Vieira SP, Ney MS, Tommaso MC. Novos Caminhos: Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013. Nota Técnica 4/2015. Região e Redes. São Paulo: USP; 2015.

76 Sistema de Indicadores das Graduações em saúde – SIGRAS. [Página na internet]. In: Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/

77 Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2013. Brasília: INEP; 2014.

78 Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – IMS/UERJ/Observa-RH. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS [Internet]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Observa-RH; 2014. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/

79 Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2013. Brasília: INEP; 2014.

80 Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede Observatório de Recursos

Humanos em Saúde – IMS/UERJ/Observa-RH. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS [Internet]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Observa-RH; 2014. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/

81 Viana ALD, Lima LD (Orgs.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

82 Viana ALD, Ferreira MP, Albuquerque MV, Lima LD, Fusaro E, Iozzi F. Novos caminhos - Quanto o Brasil mudou I: observações a partir da situação das regiões de saúde nos anos 2000 e 2014. Nota técnica 1/2015 - Região e Redes. Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/04/Novos-Caminhos_01.pdf

83 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2000. Brasil: IBGE; 2000.

84 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. Brasil: IBGE; 2010.

85 Viana ALD (Org.). Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil. Banco de indicadores [Página na Internet]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume II - Análise dos modelos de regulamentação profissional e requisitos de formação de profissionais de saúde de outros países

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

IMS Instituto de Medicina Social

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Março/2017

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

ACW	Aged Care Worker
AIN	Assistant in Nursing
AHPRA	Australian Health Practitioner Regulation Agency
APRN	Advanced Practice Registered Nurse
AQF	Australian Qualifications Framework
CAPA	Canadian Association of Physician Assistants
CFPC	College of Family Physicians of Canada
CN	Clinical Nurse
CNA	Certified Nursing Assistant
CNO	College of Nurses of Ontario
CoARC	Commission on Accreditation for Repiratory Care
CPA	Canadian Physiotherapy Association
CPSO	College of Physicians and Surgeons of Ontario
CSE	Care Support Employee
EEN	Endorsed Enrolled Nurse
EN	Enrolled Nurse
EUA	Estados Unidos da América
GAMSAT	Graduate Australian Medical School Admissions Test
HMO	Hospital Medical Officer
HSA	Health Services Assistance
LPN	Licensed Practical Nurse
MBA	Master of Business Administration
MCAT	Medical College Admission Test
MCEE	Medical Council of Canada Evaluating Examination
NBRC	National Board for Respiratory Care
NP	Nurse Practitioner
OTA	Orthopedics Therapist Assistent
PA	Physician Assistants
PACC	Physician Assistant Certification Council
PANCE	Physician Assistant National Certifying Exam
PCA	Personal Care Assistant
PEAC	Physical Therapy Education Accreditation of Canada
PT	Physical Therapist
PTA	Physical Therapist Assistent
RCPSC	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
RMO	Residente Medical Officer
RN	Registered Nurse

RPN	Registered Practical Nurses
RT	Respiratory Therapist
RTA	Rehabilitation Therapy Assistent
TA	Therapist Assistent
TAFE	Technical and Further Education
UMAT	Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test
USMLE	United States Medical Licensing Examination
VET	Vocational Education and Training
WCPT	World Confederation of Physical Therapy

Lista de quadros

Quadro 1	Profissionais de saúde da enfermagem existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	15
Quadro 2	Profissionais de saúde da farmácia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	19
Quadro 3	Profissionais de saúde da fisioterapia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	21
Quadro 4	Profissionais de saúde da medicina existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	23
Quadro 5	Profissionais de saúde da nutrição existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	27
Quadro 6	Profissionais de saúde da odontologia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	29
Quadro 7	Profissionais de saúde da psicologia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015	33

Sumário

Apresentação 9

Aspectos metodológicos 10

Exigências para habilitação de profissionais de saúde no âmbito internacional 11

- O sistema de ensino na Austrália 11
- O sistema de ensino no Canadá 12
- O sistema de ensino nos Estados Unidos 14
- Requisitos para habilitação em Enfermagem 15
- Requisitos para habilitação em Farmácia 19
- Requisitos para habilitação em Fisioterapia 21
- Requisitos para habilitação em Medicina 23
- Requisitos para habilitação em Nutrição 27
- Requisitos para habilitação em Odontologia 29
- Requisitos para habilitação em Psicologia 33

Referências 36

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento da **Atividade II** da **Meta I** da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, quais sejam:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividade II

- Análise dos modelos de regulamentação profissional e requisitos de formação de profissionais de saúde de outros países.

Aspectos metodológicos

Esta etapa da pesquisa objetivou identificar as exigências para habilitação de profissionais de saúde no âmbito internacional, quais sejam: cirurgião-dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista e psicólogo.

Os países selecionados para estudo foram Estados Unidos da América (EUA), em razão da sua representatividade no mundo e por possuir escopos de prática profissional mais ampliados, quando em comparação com o Brasil; Canadá e Austrália, por possuírem sistema universal de saúde, semelhante ao Brasil.

No período de julho a setembro de 2015, a consulta foi realizada em sites governamentais e de associação das profissões, específicos de cada país. Também foram utilizadas literaturas pertinentes.

As profissões consideradas foram àquelas análogas as profissões objeto de estudo desta pesquisa, a saber: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina, odontologia e psicologia.

Os dados foram tratados por análise documental e descritiva, e os resultados apresentados em quadros sínteses, por área de atuação, com as respectivas profissões em saúde existentes em cada país estudado e as exigências para habilitação profissional.

Exigências para habilitação de profissionais de saúde no âmbito internacional

Para o exercício das diferentes profissões de saúde, cada país adota exigências específicas que permitem que o profissional se habilite legalmente para atuar na área correspondente. No Brasil, por exemplo, como já discutido anteriormente (Apêndice I), para o exercício das profissões em saúde, faz-se necessário realizar processos de formação e vincular-se, quando existente, aos conselhos profissionais representativos da profissão. Tais exigências estão intimamente relacionadas aos escopos de prática definidos para cada profissão.

Assim como no Brasil, os países estudados possuem um sistema educacional progressivo.

O sistema de ensino na Austrália

A educação na Austrália é de essencial responsabilidade dos seus estados e territórios. Cada governo fornece o financiamento e regula as escolas públicas e privadas com sua área de administração. O governo federal financia universidades, mas estas definem o seu próprio currículo.

Em geral, o ensino na Austrália segue o modelo de três camadas que incluem o ensino primário (escolas primárias), seguido do ensino secundário (escolas de ensino secundário/sênior) e ensino superior (universidades e faculdades). A formação escolar (primário e secundário) tem duração prevista de 12 anos e é obrigatória entre os seis e os dezesseis anos[1].

O ensino terciário inclui tanto o ensino superior (incluindo as universidades) como a formação profissional (V*ocational Education*

and Training - VET). Esta última se baseia em uma parceria entre governos e indústria e é fornecida por instituições de Educação Técnica e Superior (Technical and Further Education - TAFE).

O sistema australiano de ensino se distingue de muitos outros países pela Estrutura Australiana de Qualificações (*Australian Qualifications Framework - AQF*). A AQF foi criada em 1995, tem 10 níveis (o primeiro nível corresponde a finalização do ensino secundário e o último ao Doutorado) e relaciona as qualificações do ensino escolar, profissional e universitário em um único sistema nacional. Isto permite um fácil movimento de um nível de estudo para o próximo, e de uma instituição para outra. Trata-se de um sistema participativo que inclui as diversos instituições e atores envolvidos nos processos de ensino: governo, indústrias, sindicatos, associações profissionais, ministérios da educação e do trabalho[2].

Em cada um dos dez níveis de aprendizado da AQF se prevê certificação que delimita o escopo de prática do profissional, em acordo às habilidades e conhecimentos apreendidos em cada um dos níveis de formação.

O sistema de ensino no Canadá

O sistema educacional do Canadá é subdivido em ensino infantil (creches), fundamental, médio e superior. O ensino fundamental (duração de oito anos) e médio (duração de quatro anos) são públicos e totalmente subsidiados pelos governos provinciais (sistema descentralizado), que seguem um modelo de currículo padronizado, porém com um sistema de ensino que reflete as características locais. A escolaridade é obrigatória em todas as províncias até a conclusão do ensino médio.

Finalizado o ensino médio, o aluno pode ir para um *college* ou *university*. O primeiro tem por foco o treinamento e a prática de um determinado curso oferecendo, ao final:

- Certificado (*certificate*): de oito meses a um ano de estudo em período integral;
- Diploma: um ano e meio a dois anos de estudo em período integral;
- Bacharelado (*Bachelor's degree*): entre três a quatro anos de estudo em tempo integral;
- *Associate's degree*: similar ao *bachelor degree*, porém com duração mais curta, em torno de dois anos de estudo;
- *Post-degree diploma*: considerado uma especialização com tempo de duração entre um ano e meio e dois anos.

A *university* tem por foco as áreas acadêmicas e de pesquisa, e oferecem programas de *bachelor* (bacharelado)*, masters* (mestrado)*, doctoral* (doutorado) e profissionais (*schools*).

- *Bachelor's Degree*: de três a quatro anos de estudo em tempo integral, cuja titulação é *undergraduate*.
- *Professional Program*: cursos voltados para profissões específicas como direito, medicina, odontologia e engenharia, com duração de três a quatro anos, cuja titulação é *undergraduate*;
- *Masters* ou *MBA Degree*: de um a dois de estudo onde o aluno é titulado graduate.
- *Doctoral (PhD) Degree*: entre quatro e seis de estudo, cuja titulação é o postgraduate degree.

A educação superior pública é subsidiada pelos governos federal e provincial, porém os estudantes custeiam parte do custo efetivo do ensino. O sistema privado não recebe financiamentos e cobra mensalidades de alto custo.

O sistema de ensino nos Estados Unidos

O sistema educacional do EUA compreende um ensino infantil, o fundamental (*elementar school* – cinco anos de duração), o médio (e divide em middle *school* – duração de três anos, e *high school* – duração de quatro anos) e o superior (*higher education*).

O ensino superior dos EUA agrega os cursos profissionalizantes, bacharelados e pós-graduação:

- *Associate Degrees são cursos de dois anos oferecidos por Community colleges* (faculdades comunitárias), que oferecem cursos de dois anos que servem como uma qualificação preparatória para uma graduação ou por *Technical institutions* que formam profissionais de nível técnico. Não são obrigatórios, mas podem ser usados para facilitar a entrada em cursos de bacharelados;

- *Bachelors Degrees* (bacharelados) tem duração média de quatro anos (dependente da conclusão de créditos), em que se cursa, primeiro, créditos de uma área geral (Ciências, por exemplo), geralmente nos dois primeiros anos, seguido de créditos de uma área específica (Enfermagem, por exemplo);

- *Graduate School* (pós-graduação) com duração variada, a depender do tipo de programa e área. Nesse nível são oferecidos os programas para medicina e direito (após conclusão do bacharelado), especialidades, mestrados e doutorados.

Quadro 1. Profissionais de saúde da enfermagem existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Assistant in Nursing - AIN	Trabalha essencialmente sob a direção e supervisão de uma enfermeira registada (registered nurse - RN), auxiliando no desempenho das funções de enfermagem. Outras nomenclaturas: Aged Care Worker (ACW), Personal Care Assistant (PCA), Care Support Employee (CSE) e Health Services Assistance (HSA) De um modo geral (dependendo de onde trabalha), a AIN executa tarefas como ajudar com os cuidados e atividades de vida diária do paciente, atendendo às necessidades de higiene pessoal do paciente, estoque e preparo de equipamentos e ajudando na mobilização de pacientes **Exigências** • Qualificação TAFE (Technical and Further Education) como AIN, com Certificado III em cuidados agudos • Certificado III em cuidado do idoso, ou • Prova de estudos atuais de qualificação para Enrolled Nurse (EN) ou RN O curso de Certificate III geralmente dura 5 meses em tempo integral ou 11 meses em tempo parcial.
Enrolled Nurse - EN	É uma enfermeira de segundo nível que presta cuidados de enfermagem, trabalhando sob a direção e supervisão de uma enfermeira registada (RN). A supervisão pode ser direta ou indireta, de acordo com a natureza do trabalho confiado à EN. Em qualquer caso, a EN conserva a responsabilidade por suas ações, e continua a ser responsável pela prestação de cuidados de enfermagem que lhe foram delegadas. Executam atividades de aferição de sinais vitais, alimentação, higiene pessoal, educação em saúde, auxílio em casos emergências. **Exigências** • Curso de 18 meses ou dois anos no TAFE ou instalações de saúde relacionadas, para alcançar um Diploma em Enrolled Nurse.

Profissionais	Austrália
Endorsed Enrolled Nurse - EEN	Enfermeiras autorizadas a administrar medicamentos, exceto por via intravenosa, epidural, intraventricular e intratecal. Para tanto, antes de qualquer administração de medicamento é preciso averiguar com um enfermeiro registrado (RN) ou parteiro; podem, no entanto, verificar e titular soluções intravenosas que não tenham adição de medicamentos. **Exigências** • Completar um programa de EN e realizar um curso adicional de aval para medicação
Registered Nurse - RN	RN é o profissional com uma preparação educacional adequada e com competências para a prática de enfermagem; é registrado e licenciado sob a Lei de Enfermagem da Austrália Tem alto nível de responsabilização e mais responsabilidades que os EN e AIN. Suas funções podem incluir a administração, liderança da equipe ou gerenciamento de unidades, administração de medicamentos, avaliação e gestão do cliente, incluindo os cuidados de enfermagem complexos, especializados e realização de pesquisas. **Exigências** • Três anos de estudo / formação em universidade para atingir o grau de Bacharel em Ciência da Saúde (Enfermagem) ou Bacharelado em Enfermagem.
Clinical Nurse - CN	Trata-se de uma RN com curso adicional e trabalho por longo período em alguma área específica.
Midwife	Profissional com uma preparação educacional adequada e com competências para a prática do parto; é registrado e licenciado sob a Lei de Enfermagem da Austrália. A parteira pode praticar em qualquer ambiente, incluindo a casa, comunidade, hospitais, clínicas ou unidades de saúde. **Exigências** • Formar-se RN e realizar curso de especialização em obstetrícia
Nurse Practitioner - NP	NP é uma enfermeira educada e autorizada a funcionar de forma autônoma e colaborativa em um papel clínico avançado e prolongado. Podem prescrever medicamentos, solicitar exames diagnósticos, encaminhar pacientes a outros profissionais

Profissionais	Austrália
Nurse Practitioner - NP	**Exigências** • Realizar curso de graduação de enfermagem ou obstetrícia ou qualificação equivalente • Ser uma RN ou parteira registrada • Possuir um certificado atual de prática • Ter um mínimo de 3 anos de experiência pós-registro, de preferência em uma área de especialidade • Ser reconhecida como uma enfermeira / parteira de práticas avançadas em uma área específica, e demonstrar excelência dentro desse papel, e Demonstrar um compromisso para, e a capacidade de contribuir para a inovação e liderança dentro de seu âmbito de prática e fornecer um formulário de 'Apoio Clínico' preenchido e assinado como prova de que seu empregador está disposto a facilitar os componentes para a prática clínica prolongada dentro de sua local de trabalho e / ou uma agência de saúde filiada que facilitará a prática clínica
Profissionais	**Canadá (Ontario)**
Registered Practical Nurses (RPN)	Diploma em Practical Nursing, que consiste em um curso com duração de quatro semestres
Registered Nurses (RN)	Profissional generalista com diploma de bacharel em ciências de enfermagem ou em enfermagem – curso com duração de quatro anos
Nurse Practitioners	Trata-se de uma RN com formação mais avançada (especialização) em cuidados primários de saúde, saúde do adulto, cuidados pediátricos ou anestesia.
Observações: Todas as enfermeiras que atuam em Ontario precisam ser registradas com o College of Nurses of Ontario (CNO), para tanto, faz-se um exame de registro para medir competências; além de um exame (online) de jurisprudência para avaliar o conhecimento e compreensão das leis que regem a prática de enfermagem em Ontario.	
Profissionais	**EUA**
Certified Nursing Assistant (CNA)	Auxiliares de enfermagem treinados para executar uma gama limitada de procedimentos de suporte às enfermeiras, suas supervisoras, que inclui a tomada de sinais vitais, dispensando medicamentos prescritos, dar banho no paciente, e movendo-se os pacientes em cadeiras de rodas **Exigências** • Curso profissionalizante de 75 horas

Profissionais	EUA
Licensed Practical Nurse (LPN)	Além dos deveres de uma CNA, a LPN é, geralmente, também qualificada para administrar injeções, realizar massagem terapêutica, preparar os pacientes para procedimentos cirúrgicos, manter registros médicos de pacientes, trocar ataduras e curativos, e às vezes gerenciar injeção intravenosa. LPN também são responsáveis por comunicar as necessidades de um paciente para o pessoal médico. **Exigências** • Curso profissional de um ano
Registered Nurse (RN)	Além dos deveres de CNA e LPN, RN estão qualificadas para fazer diagnósticos de enfermagem, e para supervisionar o trabalho de CNA e LPN. **Exigências** • Possuir o grau de Associate of Science em enfermagem: curso com duração de dois a três anos; ou de Bacharel em Ciência da enfermagem: graduação universitária com duração de 4 a 5 anos
Advanced Practice Registered Nurse (APRN)	Enfermeiras de práticas avançadas: parteiras, anestesistas **Exigências** • Pós-graduação

Fonte: Nurse in Australia[3]; Registered Nurses' Association of Ontario[4]; National Council of State Boards of Nursing[5].

Quadro 2. Profissionais de saúde da farmácia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Pharmacist	Na Austrália, um farmacêutico deve completar uma licenciatura de quatro anos de Bacharelado em Farmácia seguido por um estágio e exames independentes definidos pelos respectivos conselhos de inscrição estadual. Além disso, os graduados precisam completar um curso de formação de pós-graduação aprovado. Há a opção de um curso de dois anos de *Master of Pharmacy* para aqueles com formação de graduação em grau de ciência. Desde 1 de Julho de 2010, os farmacêuticos são registrados no território nacional pelo *Australian Health Practitioner Regulation Agency* (AHPRA). Os graduados são obrigados a completar um ano de prática sob a supervisão de um farmacêutico registrado.
Profissionais	**Canadá**
Pharmacist	Profissional de nível superior. Assim como em muitas outras profissões, para o farmacêutico exercer a função no Canadá, ele precisa ser licenciado ou registrado pelo órgão regulador provincial ou territorial. Enquanto a maioria dos farmacêuticos licenciados trabalham em farmácias comunitárias, muitos outros trabalham em hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Um pequeno número de farmacêuticos é empregado nas empresas farmacêuticas, universidades e departamentos governamentais. No Canadá, os farmacêuticos devem completar a graduação em nível bacharel de quatro anos, mas antes precisam completar um mínimo de um ou dois anos de estudos na universidade em disciplians afins. O grau em Farmácia é composto de cursos e experiência clínica através de estágios obrigatórios e estágios, seguido pela realização de um exame realizado pelo conselho nacional de farmácia.
Pharmacy Technican/ Pharmacy Assistant	Diversidade de processos de formação a depender das províncias. Embora seja uma profissão bem estabelecida, a certificação ainda não é obrigatória em todo o território.

Profissionais	EUA
Pharmacist	A maioria das faculdades de farmácia exigem um ou dois anos de nível universitário pré-farmácia ou educação pré-profissional. Cursos pré-profissionais podem ser realizados em qualquer universidade credenciada regionalmente, faculdade ou faculdade júnior nos EUA, que oferece um pré-programa de farmácia. Os requisitos de acesso geralmente incluem matemática e ciências básicas, tais como química, biologia e física, bem como cursos nas ciências humanas e sociais. Assim, os indivíduos que desejam se tornar farmacêuticos, devem primeiro completar um programa de graduação pré-farmácia. Este programa consiste em um mínimo de 60-90 horas de créditos por semestre de cursos de graduação em ciências básicas e avançadas. A maioria das faculdades de farmácia, em seguida, exigem que se faça o Admissions Test Pharmacy College, como parte dos critérios de admissão para a entrada no curso. Os estudantes de Farmácia podem escolher entre dois graus profissionais: o *Bachelor of Science* em Farmácia, que exige cinco anos de estudo, ou Doutor em Farmácia (Pharm.D), o que geralmente leva cerca de seis anos para ser concluído. O Pharm.D. é geralmente o mais difícil dos dois Graus. Os alunos podem se inscrever em um programa Pharm.D. diretamente após completar estudo de pré-farmácia ou depois da obtenção de uma *Bachelor of Science* (aqueles que terminam *Bachelor of Science* e Pharm.D. graus podem acabar levando mais tempo do que seis anos para terminar os dois programas, dependendo da instituição ou instituições que frequentam).
Pharmacy Technican/ Assistant	Prestador de cuidados de saúde que desempenha funções relacionadas com a farmácia, geralmente trabalhando sob a supervisão direta de um farmacêutico licenciado. Técnicos de farmácia trabalham em uma variedade de locais (normalmente em farmácias comunitárias, varejo e hospitalares), mas também em cuidados de longa duração, fabricantes de produtos farmacêuticos, companhias de seguros, empresas de software do computador, ou no governo e ensino. Dentre as funções de trabalho incluem a dispensação de medicamentos sujeitos a receita médica e outros dispositivos médicos para os pacientes e instrução sobre a sua utilização. Eles também podem executar tarefas administrativas na prática farmacêutica, como analisar os pedidos de prescrição com consultórios médicos e companhias de seguros para garantir que os medicamentos corretos são fornecidos e o pagamento é recebido. Em alguns estados constitui de formação prática, como a conclusão de um estágio em uma farmácia. Não há órgão regulador nacional para os técnicos de farmácia. Cada estado tem um Conselho de Farmácia que regula o licenciamento dos Técnicos de Farmácia em seu estado. Os requisitos de licenciamento variam amplamente por estado. Alguns exigem formação em escolas aprovados pela Diretoria, certificação, formação em serviço ou nenhuma exigência.

Fonte: Canadian Pharmacist Association[6]; National Community Phamacists Association[7]; Australian Phamarcy Council[8].

Quadro 3. Profissionais de saúde da fisioterapia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Physiotherapist / Physical Therapist - PT	Curso bacharelado de nível básico (*entry level*) em tempo integral por 8 semestres. O PT deve estar registrado no estado onde atua (*Registration PT Acts*).
Respiratory Therapist	Formação de dois anos que permite atuar em hospitais e unidade de terapia intensiva e de emergência.
Kinesiologist	Curso da ciência do exercício realizado em universidades acreditadas dividido em três categorias: **tradicional** (dois semestres) curso introdutório para uso pessoal, **aplicada** (quatro semestres) para treinadores esportivos, instrutor de ginástica e reabilitação e **especializada** (seis semestres) curso acreditado* com certificado ou diploma que permite trabalhar em clínicas ou clubes. **Bacharel em Ciências do Exercício**: curso de bacharelado de duração de oito semestres que permite prescrever e supervisionar exercícios, fitness, dança e esporte. **Australian Government-accredited Courses*
Observações: Em dezembro de 2015 o Physiotherapy Board of Australia (www.physiotherapyboard.gov.au) recomendou o uso do termo "physiotherapist" (fisioterapeuta) em substituição ao termo "physical therapist" (terapeuta físico). Esta discussão é antiga na profissão; nos EUA, por exemplo, usam-se os dois termos.	
Profissionais	**Canadá**
Physical Therapist Assistent - PTA	O PTA no Canadá trabalha sob direção de Physical Therapist – PT licenciado na provisão de serviços de fisioterapia. Eles recebem educação em programas nas universidades e em cursos técnicos ou comunitários (*community college).* Os programas de formação de PTA podem ter diferentes títulos como *Rehabilitation Therapy Assistent –RTA*, *Therapist Assistent – TA* ou *Orthopedics Therapist Assistent- OTA.* Há 34 programas de formação em PTA em vigência no Canadá (2015)

Profissionais	Canadá
Physical Therapist - PT	Profissional graduado em uma das 14 universidades canadenses que oferecem o curso. Atuam como membros ou líderes da equipe de saúde. Autorregulada e reconhecida como profissão de saúde com acesso direto aos serviços pelos clientes. A fisioterapia é arte e ciência inerente ao movimento e à função pelas quais o fisioterapeuta realiza avaliação clínica e aplica suas capacidades para desenvolver as habilidades funcionais de seus clientes. Os fisioterapeutas podem desenvolver capacidades avançadas pela experiência, pela educação adicional e treinamento, pela pesquisa e desenvolvimento profissional contínuo. São atividades de prática avançada solicitação de RX, hemograma, rastreio para cirurgia ortopédica. Fundamentam a Fisioterapia no Canadá: *Essential Competency Profile for PT e Canadian Physiotherapy Association – CPA.* Currículo mínimo deve ser acreditado pela *Physical Therapy Education Accreditation of Canada – PEAC.*
Respiratory Therapist - RT	Terapeuta Respiratório avalia, trata e mantem a função cardiopulmonar, tem expertise e usa tecnologia avançada. Atua em hospitais e áreas de risco. Formação de três ou quatro anos cujo programa deve ser acreditado pelo Conselho de Acreditação de Educação de Terapia Respiratória (*Council on Accreditation of Respiratpry Therapy Education*) administrado pela Sociedade Canadense de Terapeutas Respiratórios.
Profissionais	**EUA**
Physical Therapist – PT / Physiotherapist	PT e PTA são licenciados nos 50 estados e o escopo legal de prática está determinado por cada estado de acordo com os conselhos e agências estaduais com o Departamento de Saúde
Physical Therapist Assistent- PTA	Tem programa de formação de dois anos que deve ser acreditado pela Comissão de Acreditação de Educação em Fisioterapia e atua quando licenciado e sob supervisão de um fisioterapeuta.
Respiratory Therapist - RT	Bacharel em fisioterapia respiratória com formação de três anos, realiza diagnóstico, assessora, monitora e trata pessoas com disfunção do sistema cardiopulmonar ou qualquer doença que tenha impacto sobre a respiração ou a função pulmonar. Deve ter educação, certificado e licença específica do *National Board for Respiratory Care - NBRC*
Respiratory Therapist Assistent - RTA	Formação de dois anos que deve ser acreditada pela *Commission on Accreditation for Repiratory Care - CoARC*

Fonte: Australian Physiotheraphy Association[9]; Australian Physiotheraphy Council[10]; American Physical Therapy Association[11]; Canadian Physiotherapy Association[12]

Quadro 4. Profissionais de saúde da medicina existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Physicians Assistants - PA	O modelo da University of Queensland forma PA após curso intensivo de mestrado de 2 anos. Atualmente somente a James Cook University's Bachelor of Science está oferecendo este curso, que necessita de experiência clínica prévia como pré-requisito para ingresso. O foco educacional da formação de PA é a atenção primária em saúde, mas todas as especialidades também são abordadas durante o curso. Os PA, depois de formados, devem registrar-se no Australian Medical Council. PA exercem a medicina sob a supervisão de um médico (geralmente indireta). Estes são responsáveis por determinar seu escopo de prática, podendo ampliá-lo sempre que julgar necessário.
Doctor	Para adentrar em cursos de medicina na Austrália é necessário ter estudado até o "year 12" (ano 12), um equivalente ao ensino médio no Brasil. Alguns cursos consideram pontuação em exames específicos (Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test – UMAT; Graduate Australian Medical School Admissions Test - GAMSAT, e entrevista estudantil. Existem dois tipos de possibilidade para obtenção do diploma de médico (doctor) na Austrália: (1) graduação (bacharelado) com duração de cinco a seis anos; (2) pós-graduação de quatro anos para os já graduados em qualquer área (equivalente a um mestrado). Após esse curso, o profissional, após sair da universidade, recebe um registro provisório e entra no mercado de trabalho como estagiário (intern) ou médico pós-graduado ano 1 (PGY1). O professional precisa trabalhar em período integral por 12 meses, período no qual o médico passará por diversas áreas de especialidades. Após o estágio, o profissional recebe o registro de médico geral pelo Conselho de Medicina da Austrália (Medical Board of Australia) e pode atuar como um Residente Medical Officer (RMO) ou Hospital Medical Officer (HMO). Os médicos conhecidos como "resident", são aqueles que, após a fase de estágio, ingressam em um programa de *prevocational training* para continuar ganhando experiência clínica em diversas áreas. Somente após a fase de "resident" é que os médicos que desejarem se especializar, podem ingressar em programas de especialidade (vocational training), que duram de três a sete anos em tempo integral a depender da especialidade. Nessa fase os médicos são denominados *fellows.*

Profissionais	Austrália
Doctor	Após conclusão do vocational training, a universidade concede uma bolsa para o médico cursar uma subespecialidade ou desenvolver pesquisa, com duração de um a dois anos. Após essa fase o médico (agora chamado de especialista) pode desenvolver a prática médica de forma independente, em qualquer local da Austrália, inclusive em consultório privado (isto porque toda a formação anterior é realizada no sistema público de saúde). Há 14 especialidades reconhecidas na Austrália: anestesia, medicina interna, medicina intensiva, cirurgia, prática geral, dermatologia, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, patologia, psiquiatria, radiologia, medicina do esporte, administração médica e emergência.
Profissionais	**Canadá (Ontário)**
Physicians Assistants - PA	Os PA ainda não são profissionais regulamentados. O Canadá tem atualmente quatro programas de treinamentos para PA, todos com 2 anos de duração, sendo que no primeiro são realizadas atividades teóricas e no segundo atividades práticas em todas as especialidades. Cada um dos programas tem diferentes pré-requisitos para entrada, mas a exigência mínima para o acadêmico é de dois anos de uma graduação. A Canadian Association of Physician Assistants (CAPA) supervisiona uma certificação nacional através do Physician Assistant Certification Council (PACC). Todos os PA devem se inscrever no exame de certificação da CAPA antes da formatura.
Physician / Doctor	Cada curso de medicina tem suas exigências específicas, mas, em geral, para entrar em um curso de medicina, o aluno precisa finalizar a escola secundária (segundo grau) e frequentar a universidade. Durante o ensino médio, o aluno pode optar por entrar no programa *Specialist High Skills Major*, oferecido pelo Ministério da Educação do Canadá, que direciona o estudante a se concentrar em um plano de carreira (saúde e bem-estar, por exemplo); ou ingressar em uma universidade, no último ano da escola secundária, para realizar essa preparação para um campo específico. É recomendável ainda que, querendo ser um médico, o aluno participe do MedQuest, um programa de verão de uma semana concebido para possibilitar que os alunos vivenciem experiências reais no campo da medicina; e se voluntarie em um serviço de saúde. Após receber o diploma de escola secundária, o pretendente a uma vaga em escola de medicina, deve realizar, pelo menos, três anos de um programa de graduação (bacharel); realizem cursos de biologia e física na universidade; e faça o Medical College Admission Test (MCAT). O MCAT trata-se de um teste eletrônico padrão para todas as escolas de medicina de Ontario, que objetiva avaliar o pensamento crítico, a solução de problemas, a escrita e o conhecimento de conceitos e princípios científicos do candidato.

Profissionais	Canadá (Ontário)
Physician / Doctor	A graduação em medicina dura de três a quatro anos. Nos primeiros dois anos desenvolvem-se atividades teóricas, nos dois anos seguintes o aluno desenvolve atividades práticas. Ao fim do curso de medicina, deve-se realizar o Medical Council of Canada Evaluating Examination (MCEE) Part 1, aplicado pelo Conselho de Medicina e necessário para a entrada na residência e pós-graduação. Após o primeiro ano de residência, os estudantes são elegíveis para realizar o MCEE Part 2; uma vez que tenham obtido êxito, o Conselho de Medicina concede uma qualificação de licenciado que permite o exercício da medicina. A residência tem duração de dois a cinco anos. Após conclusão da residência, o médico precisa realizar o College of Family Physicians of Canada (CFPC) examination, para obter certificação como médico de família, ou no Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) examination, para obter o certificado de especialista. Uma vez especialistas, podem cursar uma subespecialidade, ao final da qual deve prestar o RCPSC para certificação. Após a residência e os exames de certificação, o médico recebe um certificado do College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) para a prática independente da medicina.
Profissionais	**EUA**
Physicians Assistants - PA	Mestrado de um programa institucional credenciado, de 2 anos de duração em tempo integral. A maioria dos programas exige de dois a quatro anos de ensino universitário com foco em ciências como pré-requisito de entrada. Os programas de PA incluem rodízios em áreas clínicas de medicina interna, medicina da família, obstetrícia e ginecologia, pediatria, cirurgia geral, medicina de emergência e psiquiatria. Antes de se formar os PA completam mais de 2.000 horas de prática clínica supervisionada e não são obrigados a fazer estágio ou residência. O licenciamento é obtido por meio de um exame nacional, o Physician Assistant National Certifying Exam (PANCE). A cada dois anos, é preciso cumprir 100 horas de educação continuada e a cada 10 se submeter ao exame de recertificação. Seu escopo de atuação é definido pela sua formação, experiência, lei estadual do local de exercício e pela delegação do médico supervisor. As leis estaduais permitem que aos médicos um amplo espectro de delegação. O número de PA sob a supervisão de um médico pode ou não ser regulado. Quando regulado, varia de 2 a 7.

Profissionais	EUA
Physician / Doctor	O primeiro passo para se tornar um médico envolve a conclusão de um bacharelado em ciências (curso de graduação "pré-medicina", de quatro anos, que enfatizam a química, química orgânica, anatomia, biologia, física, cálculo e genética). Algumas escolas de medicina permitem que o aluno faça o bacharel simultaneamente ao bacharel em medicina; nesse caso a duração total do curso é de seis anos. Para entrar na faculdade, é preciso realizar o MCAT, que consiste em um teste padronizado, com questões de física, raciocínio verbal e ciências biológicas. O curso de medicina tem duração de quatro anos, no qual estuda-se anatomia, bioquímica, ética, farmacologia, fisiologia e psicologia. Os dois primeiros anos contempla atividades teóricas, já nos dois últimos anos, devem ganhar experiência em unidades de saúde. No segundo ano da faculdade, os alunos realizam a primeira parte do *United States Medical Licensing Examination (USMLE)*, que é administrado pelo National Board of Medical Examiners (Conselho Nacional de Examinadores Médicos). No quarto, realizam a segunda fase do USMLE. Ao fim do curso, deve-se cursar uma residência, cuja duração varia de três a oito anos, a depender da área. Ao fim do primeiro ano de residência, se realiza a última fase USMLE. Ao fim da residência, é preciso obter um licenciamento para praticar a medicina, emitido por um Conselho de Medicina, cujas exigências são específicas em cada estado.
OBS: o termo "physician", na Austrália, se refere a médicos especialistas; caso contrário ele é chamado de "general practitioner" (médico generalista); nos EUA e Canadá, por outro lado, o termo "physician" refere-se a médicos em geral.	

Fonte: American Academy of Physician Assistant[13]; Michael Smith Foundation for Health Research[14]; Australia Society of Physician Assistants[15]; Australian Medical Association[16]; Canadian Medical Association[17]; Health Force Ontario[18]; American Medical Association[19].

Quadro 5. Profissionais de saúde da nutrição existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Canadá
Nutritionist/Dietitian	O título de "*nutritionist*" é protegido por lei provincial em Quebec e Nova Scotia. O termo "*Registered nutritionist* " é protegido em Alberta. Já o termo "*dietista/nutritionist* "é protegida por lei em New Brunswick. Os requisitos profissionais incluem Bacharelado em Dietética/Nutrição de uma universidade acreditada, um programa de treinamento prático, e conclusão com êxito de um exame de registro (o "Canadian Exame Dietetic Registo"). Nutricionistas são profissionais de saúde regulados. Para usar o título dietista (RD), nutricionistas devem estar registrados no órgão regulador dietético na província em que eles praticam. Há três passos para se tornar um nutricionista qualificado profissionalmente no Canadá: • Educação: Programas de Graduação Acreditados • Estágios e Programas Practicum (Estágio Supervisionado) • Registro para a Prática (Conselho)
Profissionais	**EUA**
Nutritionist/Dietitian	O uso do título de Nutricionista é legalmente protegido apenas em alguns estados. Nesse país, existe também o título de Dietista (Dietitian). Para o exercício dessas profissões, alguns estados americanos requerem licença (somente as pessoas licenciadas podem trabalhar como dietistas e nutricionistas), outros requerem certificação (quem não possui a certificação pode trabalhar atuando e desenvolvendo atividades do dietista ou nutricionista, mas sem usar os títulos) e um estado requer apenas registro profissional (mas pessoas não registradas podem trabalhar como dietista ou nutricionista). As exigências para a obtenção da licença, certificação ou registro variam por Estado. A Associação Americana de Dietética concede o título de R.D. - Registered Dietitian - aos que, após completarem o bacharelado e um programa mínimo em Dietética em faculdade ou universidade reconhecida, cumprirem um programa de trabalho prático supervisionado e forem aprovados em um exame de registro para Dietistas.

Profissionais	Austrália
Nutritionist/Dietitian	Uma variedade de diferentes níveis de formação e qualificação pode levar a um indivíduo a ser considerado um profissional de nutrição. Isso ocorre porque, na Austrália, a prática nutricional profissional não é regulada pelo governo, e não há proteção legal sobre os termos 'nutricionista/nutritionist "e" dietista/dietitian "- qualquer um pode chamar-se nutricionista ou dietista, não importa o seu nível de formação. Na Austrália, incentivam o público que ao procurar o aconselhamento de um profissional de nutrição, procurem saber se o profissional em questão possui credencial que é fornecido e regido por qualquer Associação de Dietistas da Austrália ou a Sociedade de Nutrição da Austrália.
Observações: Há certa confusão entre os termos "nutritionist" e "dietitian". No entanto, em muitos países e jurisdições, o título de "nutritionist" não está sujeita à regulamentação profissional, ou seja, qualquer pessoa pode chamar-se um especialista em nutrição, mesmo sem formação teórica para isso. Na Austrália, partes do Canadá e a maioria dos estados norte-americanos, o termo *nutritionist* não está legalmente protegido, enquanto o título de *dietitian* pode ser usado somente por aqueles que tenham cumprido os requisitos especificados para estes profissionais. Um conselheiro de carreira tentando descrever a diferença entre as duas profissões para estudantes canadenses sugeriu que "todos os *dietitian* são *nutritionist*, mas nem todos os *nutritionist* são *dietitian*."	

Fonte: International Confederation of Dietetic Associations[20].

Quadro 6. Profissionais de saúde da odontologia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Dental Assistant	Um "dental assistente" é um profissional que auxilia uma gama de profissionais de saúde bucal (dentistas, dentistas especialistas, terapeutas de saúde bucal, higienistas dentais e protesista dental). Os assistentes dentais podem realizar tarefas administrativas, tais como recepção, agendamento de consultas, pagamentos e recebimentos, bem como gestão clínica e assistência de consultório. Podem trabalhar, ainda, em funções de gestão, promoção da saúde e desenvolvimento de políticas. **Exigências** - Não há um treinamento obrigatório específico para assumir essa função, no entanto, recomenda-se realizar uma qualificação disponível em instituições reconhecidas: Certificate III in Dental Assisting, que pode ser oferecido em forma de estágio. - não há necessidade de registro no *Dental Board of Australia*
Dental Technician	Profissionais qualificadas para conceber, construir, reparar e adaptar próteses, aparelhos dentários e protetores bucais. Trabalham a partir de uma receita escrita e comunicação direta com o "dental prosthetist" ou "dentist". Eles não possuem contato direto com o paciente. **Exigências** - completar um estágio em tecnologia dental que possui um componente teórico e um prático, cuja duração é dois anos - não há necessidade de registro no *Dental Board of Australia*, mas o curso precisa ser aprovado por ele
Dental Hygienist - DH	Os "dental hygienist" trabalham como parte da equipe odontológica no tratamento de pacientes. Eles usam métodos preventivos, educativos e terapêuticos para o controle de doenças orais para ajudar pacientes individuais e grupos na obtenção e manutenção da saúde bucal. Eles são treinados para fazer os procedimentos clínicos específicos que visam prevenção e trabalham sob a supervisão de um dentista. **Exigências** - completar um curso de dois anos para receber o Advanced Diploma of Oral Health in Dental Hygiene (Diploma Avançado de Saúde Bucal em Higiene Dental) - não há necessidade de registro no *Dental Board of Australia*

Profissionais	Austrália
Dental Prosthetist	Os "dental prosthetist" (protesista dental/técnico de prótese dentária) são profissionais de cuidados primários registrados e qualificados para o contato direto com o paciente, construir e realizar a manutenção de próteses dentárias. **Exigências** - qualificar-se como um dental technician (técnico dental) - completar dois anos de estágio que inclui um componente teórico e um prático em ambiente clínico - não há necessidade de registro no Dental Board of Australia, mas o curso precisa ser reconhecido por ele
Dentist	Um dentista é treinado para diagnosticar e tratar os dentes, gengivas, tecidos moles da boca e usar uma variedade de procedimentos cirúrgicos e clínicos, incluindo: consulta com os pacientes sobre a manutenção de uma boa saúde bucal, exames, realizar raios-x, restaurar dentes danificados, administrar anestésicos locais, executar procedimentos cirúrgicos e construir e moldar dentaduras, coroas e pontes. **Exigências** - realizar o Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test para adentrar na universidade - realizar graduação em odontologia em instituição reconhecida (Bacharelado em Cirurgia Dental, Bacharelado em Odontologia, Bacharel em Ciências Odontológicas, ou Bacharelado em Saúde Bucal em Ciências Odontológicas), cuja duração é de cinco anos - registrar-se no *Dental Board of Australia* - ao fim da graduação, pode-se realizar pós-graduação em trinta diferentes áreas
Profissionais	**Canadá (Ontário)**
Dental Assistant – DA	Trabalham sob supervisão e desenvolvem atividades administrativas, de recepção do paciente, coleta de dados, preparo e manutenção de instrumentais e preparação de materiais odontológicos. **Exigências** - realizar curso específico cuja duração é variável a depender da instituição e do nível em que se deseja atuar (Nível I e Nível II) - Prestar o National Dental Assisting Examination Board certificate para licenciamento.
Dental Technician - DT	Realizam serviços técnicos relacionados a próteses dentárias, com ou sem prescrição de um dentista. **Exigências** - ter ensino médio completo e completar um curso com duração média de dois anos, em uma instituição reconhecidas ou comprovar experiência prática de no mínimo cinco anos - realizar exame para certificação oferecido pelo conselho profissional local

Profissionais	Canadá (Ontário)
Dental Hygienist - DH	Profissional que desenvolve atividades majoritariamente de cunho preventivo e promotivo, e técnicas não invasivas; podem trabalhar, com restrições, sem supervisão do dentista. **Exigências** - Curso com duração de 24 meses para recebimento de um diploma em DH ou bacharel em DH - é necessário registrar-se em conselho profissional local (realiza-se exame de conhecimentos) - realizar o National Dental Hygiene Certification Board Exam - é possível realizar pós-graduação após o bacharel ou diploma
Dentist	Profissional de nível superior que desenvolve atividades de prevenção, promoção, assistências e cirúrgicas **Exigências** - para entrar num curso de odontologia é preciso prestar o Dental Aptitude Test, aplicado pela Canadian Dental Association para avaliar a capacidade acadêmica em geral, a compreensão da informação científica, a percepção visual e destreza manual - o curso tem duração de 4 a 5 anos - pode-se fazer residência para se especializar em uma das nove especialidades reconhecidas, cuja duração - é preciso licenciar-se para praticar a profissão, cujas exigências difere entre as províncias
Profissionais	**EUA**
Dental Technician – DT / Dental Laboratory Technician	Profissionais que realizam serviços técnicos relacionados a próteses dentárias, com ou sem prescrição de um dentista. **Exigências** - Ter ensino médio completo ou equivalente e completar um programa de dois anos em instituição acreditada pela Commission on Dental Accreditation, da American Dental Association - certificação no National Board for Certification
Dental Hygienist - DH	Atuam sobre supervisão de um dentista licenciado executando atividades não invasivas e de cunho preventivo. **Exigências** - curso tecnólogo de duração de dois anos aprovado pela American Dental Hygienists Association - aprovação em exame do National Board Dental Hygiene e em prova escrita e prática do Conselho Profissional do estado que o candidato pretende atuar

Profissionais	EUA
Dental Assistant – DA / Dental Auxiliary	Profissionais que desenvolvem práticas básicas e auxiliares à odontologia e são vedadas práticas como diagnóstico, prescrição de medicamentos e cirurgia **Exigências** - curso cuja duração varia entre 9 e 12 meses credenciado no Commission on Dental Accreditation (CODA) - obter licençanacional no Registered Dental Assistant (RDA) após fazer o exame do Conselho Nacional (Dental Assisting National Board's)
Dentist	Profissional de nível superior que desenvolve atividades de prevenção, promoção, assistências e cirúrgicas **Exigências** - para entrar num curso de odontologia é preciso prestar o Dental Acceptance Test (DAT), aplicado pela American Dental Association (ADA) para avaliar a capacidade acadêmica em geral e a capacidade perceptiva - realizar o curso de Doctor of Dental Surgery (DDS) ou Doctor of Dental Medicine (DMD) Degree, cuja duração de 4 - pode-se fazer residência para se especializar em uma das nove especialidades reconhecidas, cuja duração - é preciso licenciar-se para praticar a profissão, cujas exigências difere entre os estados - realizer o National Board Dental Examination (NBDE)

Fonte: Dental Assistant Professional Association[21]

Quadro 7. Profissionais de saúde da psicologia existentes na Austrália, Canadá e Estados Unidos e as respectivas exigências para habilitação profissional. Brasil, 2015

Profissionais	Austrália
Psychologist	Psicologia é uma profissão regulamentada na Austrália. Todo psicólogo deve ser registrado com o Conselho de Psicologia da Austrália (PsyBA) e deve aderir a determinados padrões para manter o seu registro. Os psicólogos devem fornecer serviços profissionais de acordo com um rigoroso código de ética, escrito pelo The Australian Psychological Society Para se tornar um psicólogo requer um mínimo de seis anos de formação universitária e experiência supervisionada, bem como a educação permanente para manter habilidades e conhecimentos atualizados. Trabalha essencialmente nas complexidades do comportamento humano e os fatores que contribuem para o bem-estar individual e em grupo, aprendem sobre as intervenções e estratégias que podem ser aplicadas para ajudar as pessoas. Além dessa compreensão detalhada do comportamento humano, estudantes de psicologia também podem formar com outras habilidades importantes que a serem aplicados em uma variedade de campos. Estes incluem habilidades avançadas de comunicação, a capacidade de projetar, conduzir e analisar pesquisas e o uso de resolução de problemas de alto nível e habilidades de pensamento crítico. Apenas cursos credenciados pelo Conselho de Acreditação dos Cursos de Psicologia da Austrália são elegíveis para registrar a prática como um psicólogo. **Exigências** Os requisitos para o registo como um psicólogo são determinadas pelo Conselho de Psicologia da Austrália no âmbito do Registro Nacional e Accreditation Scheme, que entrou em vigor em julho de 2010. A sequência mínima de seis anos de educação e formação em psicologia é necessária para um indivíduo para se tornar elegível para o registro geral como um psicólogo na Austrália. Esta sequência de seis anos pode ser dividida em três passos: três anos de graduação credenciada em Psicologia; Quatro anos de estudos credenciados em psicologia; Estágio ou pós-graduação para registro geral Os tipos atuais de pós-graduação profissional credenciados são Mestrado, Doutorado e PhD, envolvendo cursos, estágios e uma tese. Graus são oferecidos em nove áreas de prática psicológica (áreas de prática aprovadas PsyBA): Neuropsicologia clínica; Psicologia Clínica; Psicologia comunitária; Aconselhamento psicológico; Psicologia educacional e de desenvolvimento; Psicologia Forense; Psicologia da saúde; Psicologia organizacional; e Psicologia do esporte e exercício.

Profissionais	Austrália
Observações: Na Europa, Austrália e nos Estados Unidos, é usado o termo "psicólogo profissional de saúde", ou simplesmente 'psicólogo da saúde'. Um psicólogo profissional de saúde deve ter competência em três áreas: ensino, pesquisa e consultoria. Além disso, eles devem ser capazes de mostrar uma base de conhecimento adequado da psicologia da saúde, concluindo Pós-graduação em psicologia da saúde. Tendo demonstrado que cumpre as normas exigidas, o profissional psicólogo da saúde pode trabalhar como professor acadêmico no sistema de ensino superior, dentro do ambiente de promoção da saúde, em escolas ou em indústria, e/ou trabalhar em serviços de saúde. Os trabalhos podem abranger o ensino e a investigação, o desenvolvimento e avaliação de intervenções para reduzir os comportamentos de risco relacionados a doenças.	
Profissionais	**Canadá (Ontario)**
Certified Psychologist.	Os pré-requisitos para o registro de psicólogo na província de Ontário assim como em muitos estados americanos consiste em: 1) titulação de doutor em Psicologia, sendo tal grau obtido por uma Universidade credenciada pelos órgãos educacionais locais; e 2) ter obtido o mestrado e bacharelado em áreas predominantemente psicológicas. Preenchido estes dois critérios, o indivíduo ganha o direito de se inscrever no registro temporário do Conselho Provincial ou Estadual de Psicologia desde que tenha sido aceito para ser supervisionado durante um ano por dois psicólogos credenciados pelo mesmo Conselho. Tal supervisão se dá de modo assíduo e intenso, cabendo ao Supervisor imediato assinar todos os relatórios psicológicos que porventura o psicólogo com registro temporário venha redigir, bem como enviar relatórios bimensais ao Conselho onde a atuação do psicólogo novato é avaliada de modo operacionalizado, sendo estabelecidas metas em relação a um desempenho final ideal. Em seguida deverá realizar o Exame para a Prática Profissional de Psicologia (EPPP). Trata-se de um exame de quatro horas de duração, com 200 questões de múltipla escolha abrangendo as quatro áreas de atuação do psicólogo: clínica, escola, aconselhamento e psicologia organizacional. Tal exame é realizado duas vezes ao ano, simultaneamente, em várias cidades da América do Norte. O exame é composto pelos seguintes temas: psicologia escolar, testes de inteligência, desenvolvimento, psicologia comunitária, estatística, construção de testes, neuropsicologia, psicofísica, percepção e cognição, História e Sistemas, aprendizagem, personalidade, psicologia clínica, psicofarmacologia, psicologia industrial, social e, finalmente, ética e prática profissional. Tendo sido aprovado no exame escrito, e completado um ano de atuação supervisionada, o psicólogo está apto a participar da última etapa que é a realização de um exame oral onde ele é argüido por uma banca de membros do Conselho. Tendo concluído toda esta sequência, recebe-se um Diploma de Psicólogo, podendo acrescentar ao nome após as inicias de titulação (por exemplo, Ph.D.) as iniciais C. Psy, ou Certified Psychologist.

Profissionais	EUA
Psychologist	Um profissional de psicologia nos EUA deve possuir um diploma de graduação em psicologia (MA, PsyD, Ed.D., ou PhD) ou ter uma licença do estado, a fim de utilizar o título de "psicólogo". A exceção para isso é a profissão de psicólogo escolar, que pode ser certificada por conselhos de educação para praticar e usar o título de "psicólogo" com um grau de especialista em educação (Ed.S). Os profissionais de psicologia mais comumente reconhecidos são psicólogos clínicos e de aconselhamento, aqueles que fornecem psicoterapia e / ou administram e interpretam testes psicológicos. Existem diferenças entre estados no que se refere aos requisitos acadêmicos, e de escopo de prática. A Nova legislação em Louisiana, Novo México, e Illinois concedeu àqueles psicólogos que fizeram um programa de mestrado adicional na habilitação de psicofarmacologia, o direito de prescrever medicamentos para transtornos mentais e emocionais em coordenação com o médico do paciente. Louisiana foi o segundo estado a fornecer tal legislação. Esta legislação não veio sem controvérsia considerável. A partir de 2009, Louisiana é o único dos Estados Unidos, onde o licenciamento e regulamentação da prática da psicologia por psicólogos médicos que prescrevem medicamentos é regulado por uma junta médica (Louisiana State Board of Medical Examiners) ao invés de um conselho de psicólogos. Em 1989, o Departamento de Defesa fora dos EUA foi dirigido para criar o Projeto de Demonstração Psychopharmacology. Em 1997, dez psicólogos foram treinados em psicofarmacologia e concedeu-os a capacidade de prescrever medicamentos psiquiátricos. A adesão plena com a Associação Americana de Psicologia, nos Estados Unidos e Canadá requer formação doutoral (exceto em algumas províncias, como Alberta, onde o grau de mestre é suficiente). Para ser membro associado exige-se pelo menos dois anos de estudos de pós-graduação em psicologia ou aprovação em disciplina relacionada. O requisito mínimo para a adesão completa pode ser dispensada, em certas circunstâncias em que haja provas de que a contribuição significativa ou desempenho no campo da psicologia tem sido feito.

Fonte: Australian Psychological Society[22]; Almeida et al., 2011[23]; American Psychological Association[24].

Referências

1 Australian Government. Future Unlimited. Studyinaustralia.gov.au. Australian education system [Internet]. Disponível em: https://www.studyinaustralia.gov.au/global/australian-education/education-system

2 Australian Qualifications Framework Council. Australian Qualifications Framework. 2 ed., 2013. Disponível em: http://www.aqf.edu.au/wp-content/uploads/2013/05/AQF-2nd-Edition-January-2013.pdf

3 Nurse in Australia [Internet]. Disponível em: http://www.nurseinaustralia.com/categories-of-nurses-in-australia/

4 Registered Nurses' Association of Ontario [Internet]. Disponível em: http://careersinnursing.ca/new-nursing-and-students/career-options/types-nursing

5 National Council of State Boards of Nursing [Internet]. Disponível em: https://www.ncsbn.org/index.htm

6 Canadian Pharmacist Association [Internet]. Disponível em: http://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/pharmacists-in-canada/

7 National Community Phamacists Association [Internet]. Disponível em: http://www.ncpanet.org/

8 Australian Phamarcy Council [Internet]. Disponível em: https://www.pharmacycouncil.org.au/home

9 Australian Physiotheraphy Association [Internet]. Disponível em: http://www.physiotherapy.asn.au/

10 Australian Physiotheraphy Council [Internet]. Disponível em: https://physiocouncil.com.au/

11 American Physical Therapy Association [Internet]. Disponível em: http://policy.apta.org/Home.aspx

12 Canadian Physiotherapy Association [Internet]. Disponível em: https://www.physiotherapy.ca/Home

13 American Academy of Physician Assistant [Internet]. Disponível em: https://www.aapa.org/

[14] Michael Smith Foundation for Health Research [Internet]. Disponível em: http://www.msfhr.org/

[15] Australia Society of Physician Assistants [Internet]. Disponível em: http://www.aspa-australianpas.org/

[16] Australian Medical Association [Internet]. Disponível em: https://ama.com.au/

[17] Canadian Medical Association [Internet]. Disponível em: https://www.cma.ca/En/Pages/becoming-a-physician.aspx

[18] Health Force Ontario [Internet]. Disponível em: http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Students/How_to_Become_a_Health_Care_Professional/Physician

[19] American Medical Association [Internet]. Disponível em: http://www.ama-assn.org/ama/home.page

20 International Confederation of Dietetic Associations [Internet]. Disponível em: http://www.internationaldietetics.org/About-ICDA.aspx

[21] Dental Assistant Professional Association [Internet]. Disponível em: http://www.dapa.asn.au/

22 Australian Psychological Society [Internet]. Disponível em: http://www.psychology.org.au/

23 Almeida RA, Malagris LEN. A prática da psicologia da saúde. Rev SBPH. 2011;14(2):183-202

24 American Psychological Association [Internet]. Disponível em: http://www.apa.org/

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume III - Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS

Entrevistas em profundidade

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Março/2017

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IMS Instituto de Medicina Social
Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
CEDIB	Centro Diagnóstico de Barretos
CES	Câmara de Educação Superior
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Lei de diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NDE	Núcleo Docente Estruturante
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEBA	Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco
PMM	Programa Mais Médicos
PNE	Plano Nacional de Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RIDE	Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro
SADT	Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico
SIGRAS	Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

Lista de tabelas e gráficos

Tabela 1	Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2015	31
Tabela 2	Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2015	46
Tabela 3	Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da Baixada Cuiabana para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016	63
Tabela 4	Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016	72
Tabela 5	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, tipo de processo seletivo e mensalidade dos cursos de graduação em saúde da região Norte Fluminense, Rio de Janeiro. Brasil, 2016	75
Tabela 6	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da Norte Fluminense. Brasil, 2016	77
Tabela 7	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da Norte Fluminense. Brasil, 2016	78
Tabela 8	Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense/ RJ para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016	82

Gráfico 1	Conteúdos oferecidos parcialmente pelos cursos de medicina da região de saúde Baixada Cuiabana, segundo nível de atenção. Brasil, 2016	64
Gráfico 2	Conteúdos não oferecidos pelos cursos de medicina da região de saúde Baixada Cuiabana, segundo nível de atenção. Brasil, 2016.	65
Gráfico 3	Conteúdos oferecidos parcialmente pelos cursos de medicina da Região Metropolitana de Porto Alegre segundo nível de atenção. Brasil, 2016	73
Gráfico 4	Conteúdos não oferecidos pelos cursos de medicina da Região Metropolitana de Porto Alegre segundo nível de atenção. Brasil, 2016.	74

Lista de quadros

Quadro 1	Regiões de saúde cenários de estudo e respectivos período de coleta de dados e amostra. Brasil, 2015-2016	15
Quadro 2	Blocos do questionário, subdimensões e indicadores e variáveis observadas. Brasil, 2015	16
Quadro 3	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015	21
Quadro 4	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015	22
Quadro 5	Valor da hora/aula pago aos docentes, segundo grau de titulação máxima, dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015	24
Quadro 6	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015	25
Quadro 7	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde dos municípios da Região Norte-Barretos/SP, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2015	28
Quadro 8	Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde da Região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015	30
Quadro 9	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015	36

Quadro 10	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015	38
Quadro 11	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015	40
Quadro 12	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2015	43
Quadro 13	Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015	45
Quadro 14	Perfil dos entrevistados do município de Manaus. Brasil, 2016	48
Quadro 15	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016	49
Quadro 16	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde dos municípios de Manaus/AM. Brasil, 2016	51
Quadro 17	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016	52
Quadro 18	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde Manaus/AM, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016	54
Quadro 19	Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016	56
Quadro 20	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016	58

Quadro 21	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016	59
Quadro 22	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016	59
Quadro 23	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016	61
Quadro 24	Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016	67
Quadro 25	Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016	67
Quadro 26	Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016	68
Quadro 27	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde Porto Alegre, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016	70
Quadro 28	Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016	79
Quadro 29	Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense. Brasil, 2016	81
Quadro 30	Opinião dos respondentes sobre o escopo de prática. Brasil, 2016.	84

Sumário

Apresentação	13
Aspectos metodológicos	14
Região de Saúde Norte-Barretos (SP)	18
Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA)	33
Entorno de Manaus (AM)	47
Baixada Cuiabana (MT)	57
Região Metropolitana de Porto Alegre (RS)	66
Norte Fluminense (RJ)	75
Região Metropolitana (RJ)	85
Apêndices	93

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados parciais da organização e desenvolvimento de um conjunto de atividades da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

As parciais apresentadas neste relatório se referem à **Atividade III** da **Meta I** da pesquisa, qual seja:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior e técnico às necessidades do SUS.

Atividade III

- Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS.

Etapa I

- Entrevistas em profundidade *in loco*, com coordenadores/diretores de cursos de graduação em saúde.

Aspectos metodológicos

Esta etapa se refere à apresentação dos resultados da pesquisa de campo conduzida junto a coordenadores/diretores de cursos de graduação em saúde por meio da técnica de entrevista em profundidade *in loco*. O objetivo foi investigar os processos de formação e os escopos de prática dos profissionais no nível da formação, isto é, as ações e procedimentos que os cursos preparam seus alunos a realizarem. As entrevistas foram realizadas no período entre 03 de agosto de 2015 e 30 de setembro de 2016.

Esta etapa foi desenvolvida em campo em parceria com a pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*[1], coordenada pela Universidade de São Paulo (USP).

Os cenários de estudo delimitados foram as regiões de saúde objeto de investigação da referida pesquisa, quais sejam: Norte-Barretos (SP), Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA), especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA; Entorno de Manaus/AM; Baixada Cuiabana (MT); e Região Metropolitana de Porto Alegre (RS)[2]. Além destas, investigou-se três regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro: Norte Fluminense, Metropolitana I e Metropolitana II.

---

[1] Pesquisa coordenada pelo Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), cujo objetivo é avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS.

[2] A região de saúde escolhida no Sul do País foi a Costa Doce (RS), no entanto, considerando que não há cursos de graduação em saúde nessa região, optou-se por deslocar o campo para a Região Metropolitana de Porto Alegre, não apenas pela proximidade com a Costa Doce, mas, também, por apresentar o maior número de cursos de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Considerando a abrangência territorial das regiões, foram selecionados os municípios (Quadro 2) mais representativos e com maior número de cursos de graduação em saúde de cada uma dessas regiões. Assim, o universo da pesquisa correspondeu ao número de cursos de graduação das sete profissões estudadas nesta pesquisa (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia) existentes e em atividade nos municípios selecionados, segundo Censo da Educação Superior do INEP de 2013. Para determinação da amostra, os únicos critérios de elegibilidade considerados foram: ser gestor de ensino, isto é, coordenador, vice-coordenador, diretor, chefe de departamento ou representante de cursos de graduação da saúde, e estar disponível para a entrevista no período de coleta de dados determinado. Constituiu-se, portanto, de amostra de conveniência, uma vez que os elementos da amostra foram escolhidos por uma questão de oportunidade. De tal modo, a amostra final foi de 67 cursos.

Quadro 1. Regiões de saúde cenários de estudo e respectivos período de coleta de dados e amostra. Brasil, 2015-2016

Região de Saúde	Municípios selecionados	Período de coleta de dados	Amostra*
Norte-Barretos (SP)	Barretos; Bebedouro	03-07 de agosto de 2015	05
Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA)	Juazeiro/BA; Petrolina/PE	16-20 novembro de 2015	06
Entorno de Manaus/AM	Manaus	29 de fevereiro a 04 de março de 2016	09
Baixada Cuiabana/MT	Cuiabá	11-15 abril de 2016	12
Região Metropolitana de Porto Alegre/RS	Porto Alegre	20-24 junho de 2016	12
Norte Fluminense/RJ	Macaé; Campos dos Goytacazes	06-10 de junho de 2016	05
Metropolitana I/RJ	Rio de Janeiro; Duque de Caxias	05-30 de setembro de 2016	1
Metropolitana II/RJ	Niterói		4

Fonte: Dados da pesquisa.
*Coordenadores que ocupavam o cargo em mais de um curso na mesma instituição foram contabilizados apenas uma vez.

Para execução desta etapa foi utilizada metodologia de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, com coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada com representantes dos cursos de graduação em saúde, observação, e entrevista aberta com outros atores de relevância para a compreensão da estruturação da rede de ensino da região em estudo.

Para as entrevistas semiestruturadas foi elaborado questionário para cada uma das sete graduações estudadas (Apêndice), cujo objetivo foi explorar o processo de ensino dos cursos estudados. Os questionários contem 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões, subdivididas em quatro blocos (Quadro 2).

Quadro 2. Blocos do questionário, subdimensões e indicadores e variáveis observadas. Brasil, 2015

Blocos/nº de questões	Subdimensões	Indicadores/variáveis observadas
Bloco 1 - Perfil do entrevistado - 8 questões	-Dados pessoais -Formação do entrevistado -Atuação profissional do entrevistado	- perfil dos representantes pelos cursos de graduação em saúde no que se refere a: 1) gênero e idade 2) nível de escolaridade, formação profissional e tempo de formado 3) função, tempo no cargo e experiência prévia em gestão de cursos de graduação
Bloco 2 - Caracterização da Instituição de Ensino e Curso - 28 questões	- Caracterização da IES e do curso - Processo de seleção do curso - Caracterização dos docentes	- caracterização administrativa dos cursos de graduação em saúde no que se refere à: 1) localização, tempo de funcionamento, situação de autorização e credenciamento junto ao Ministério da Educação, turno de funcionamento e valor da mensalidade 2) oferta de vagas, taxa de ociosidade, processo de seleção, origem dos alunos 3) origem dos docentes, formação e nível de formação dos docentes, formas de contratação, carga horária e remuneração dos docentes.

Continua...

...continuação

Blocos/nº de questões	Subdimensões	Indicadores/variáveis observadas
Bloco 3- Estrutura curricular do curso - 15 questões	- Elaboração do PPP - Enfoque do curso e abordagem da AB no curso - Cenários de prática Sistema de avaliação - Adesão a Programas ou iniciativas para reorientação da formação - Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina	1) caracterização do projeto político pedagógico do curso quanto à elaboração e atualizações/modificações 2) foco de abordagem e carga horária do curso, inserção e desenvolvimento da atenção básica no currículo, oferta de disciplinas relacionadas à atenção básica na grade curricular 3) cenários práticos 4) sistema de avaliação 5) aderência a iniciativas governamentais de reorientação do ensino 6) perspectivas com relação às novas DCN* para os cursos de medicina
Bloco 4 - Perfil do egresso - 3 questões	- Desenvolvimento de competências para cumprimento de ações de saúde - Perfil do egresso - Expansão de escopos de prática	1) preparo do egresso para desenvolvimento de ações de saúde a partir de conteúdos trabalhados durante a graduação 2) perfil do egresso 3) opinião do respondente sobre expansão de escopos de prática

Fonte: Dados da pesquisa. *DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais

Os dados emergidos das entrevistas foram tratados por estatística descritiva (quantitativos) e por análise de conteúdo (qualitativos). Foi, também, empregada análise documental de projetos políticos pedagógicos, quando pertinente ao processo de análise.

Região de Saúde Norte-Barretos (SP)

A Região de Saúde Norte-Barretos/SP é conformada por cinco municípios, quais sejam: Barretos, Olímpia, Cajobi, Bebedouro e Taiúva. Dentre estes municípios, apenas Barretos e Bebedouro apresentam cursos de graduação em saúde, tornando-os, assim, o cenário de aplicação dos questionários desta pesquisa.

Barretos

O município de Barretos se localiza na mesorregião, estado de Ribeirão Preto e possui 112.101 habitantes. Está localizado a 421 km da capital do estado, São Paulo. Os aeroportos mais próximos se localizam em São José do Rio Preto (102,5 km) e Ribeirão Preto (137 km).

O município possui 15 Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). As unidades hospitalares incluem a Fundação Pio XII Barretos, Santa Casa de Barretos, Hospital São Jorge e a Casa Transitória André Luís.

Existe um total de 17 unidades especializadas em Barretos, que incluem o Ambulatório Médico de Especialidades Barretos (AME), com o maior número de profissionais atuando.

Três unidades compõem os Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico (SADT), são elas: Centro Diagnóstico de Barretos Ltda (CEDIB), Laboratório de Citopatologia e Laboratório de Análises Clínicas Estima Borges SC Ltda.

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) de dezembro de 2014, existem 47 médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde em Barretos, entre eles um médico intercambista do Programa Mais Médicos.

Neste município há três instituições de ensino que ofertam cursos de graduação em saúde em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia – cursos objeto de estudo desta pesquisa.

Bebedouro

O município de Bebedouro possui 75.035 habitantes e faz parte da microrregião da Serra de Jaboticabal e da mesorregião de Ribeirão Preto. Encontra-se a 51 km de Barretos, 78 km de Ribeirão Preto e 383,7 Km da capital paulista.

Possui 16 estabelecimentos de saúde que se enquadram como Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde no CNES; cinco que se enquadram como unidades hospitalares, 41 que se enquadram como unidades especializadas e cinco do SADT. Atuam na Atenção Básica 32 médicos, entre eles médicos dos programas Mais Médicos e PROVAB.

Neste município, apenas uma instituição de ensino oferta cursos de graduação em saúde estudados por esta pesquisa.

Entrevistas

Este cenário, por ser o primeiro, funcionou como campo pré-teste de avaliação dos questionários, os quais possuíam 25 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possuía 26 questões. No decorrer das entrevistas, no entanto, foram emergindo novas questões, as quais foram posteriormente incorporadas aos questionários para os próximos campos.

Todos os coordenadores de cursos foram convidados a participar da pesquisa, inicialmente via telefone, e, posteriormente, por correio eletrônico, por meio do qual foi encaminhada uma carta convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Junto aos

coordenadores que aceitaram participar, foi previamente agendado dia e horário da entrevista.

Do total de nove coordenadores de cursos, foram efetivadas cinco entrevistas referentes aos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia, Nutrição e Psicologia.

Todos os demais coordenadores não estavam disponíveis no período de coleta de dados determinado, qual seja: 03 a 07 de agosto de 2015. Cabe ressaltar que o período de realização do campo prejudicou agendamento de entrevistas com coordenadores de cursos de graduação, haja vista que ocorreu na semana de retorno das aulas, pós-férias de julho. Por esse motivo, não foi possível efetuar contato com parte dos coordenadores previamente. Assim, alguns coordenadores foram contatados já com os pesquisadores em campo.

As entrevistas foram realizadas na sede dos cursos, duraram, em média, 60 minutos, foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos cinco respondentes, três eram mulheres; a média de idade foi de 46 anos; todos se formaram na área de cujo curso são coordenadores, possuem como maior nível de formação o doutorado; e atuam na função, em média, há 4 anos.

Caracterização da instituição de ensino e curso

O curso de odontologia é o mais antigo entre os cinco estudados; e o de Nutrição o mais recente. Os cursos de medicina e odontologia funcionam em período integral; o de farmácia no turno matutino; e o de psicologia e nutrição no turno noturno.

Quadro 3. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015

Informações	Medicina	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Psicologia
Vagas anuais	120	80	60	60	100
Preenchimento	100%	90%	60%	100%	80%
Processo seletivo	Vestibular semestral	Vestibular anual, com ocorrência de outras provas para preenchimento das vagas	Vestibular anual	Vestibular e processo seletivo contínuo	Vestibular, com aplicação de 3 provas anuais
Mensalidade	R$ 5.161,65	R$ 1.700,00	R$ 900,00	R$ 909,36	R$ 1.000,00

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Como se observa no Quadro 3, apenas o curso de medicina oferta vagas semestrais (n=60), cujo preenchimento é oportunizado por meio de vestibular semestral, organizado por empresa terceirizada para este fim. No próximo ano (2016) há previsão de ampliar o número de vagas para 90 semestrais, já aprovadas pelo MEC. Os demais cursos elaboram o próprio vestibular, sendo que os cursos de odontologia, nutrição e psicologia aplicam mais de uma prova ao ano. Para esses não há previsão de expansão de vagas.

À exceção do curso de medicina que tem ampla concorrência (70 candidatos por vaga) e preenche 100% das vagas; nos demais cursos o percentual de preenchimento tem variado nos últimos anos, com tendência a maior inflexão, em razão do corte no financiamento da Educação realizado pelo atual governo no contexto da crise econômica nacional, com reflexos nos programas de financiamento estudantil.

Segundo os coordenadores dos cursos de farmácia, odontologia, nutrição e psicologia, esse quadro tem causado grande impacto no funcionamento dos cursos, já que grande parte dos alunos desses cursos, cerca de 50%, é beneficiada pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) ou outros programas de auxílio.

Caso a se destacar é o do curso de farmácia que não abriu novas vagas nos últimos dois anos em razão da baixa procura pelo curso, que se deve, segundo o coordenador do curso, principalmente ao:

> *"nível salarial da profissão está baixo e há saturação de mercado". (Coordenador de Farmácia)*

E, de acordo com ele, a situação tende a piorar com a crise econômica e a diminuição do investimento dos auxílios estudantis, já que os alunos desse curso, bem como dos cursos de nutrição e psicologia, têm grande parte do quadro de alunos conformada por pessoas de baixo poder aquisitivo.

Em se tratando dos alunos, os do curso de medicina são oriundos de diversas regiões do país; os dos cursos de odontologia são provenientes de diversos municípios do estado e alguns de outros estados, como Goiás; os de psicologia, farmácia e nutrição são, em sua maioria, do próprio município ou de municípios vizinhos.

O Quadro 3 também traz o valor padrão das mensalidades dos cursos. No entanto, todos os coordenadores informaram que esse valor sofre desconto em caso de antecipação do pagamento da mensalidade.

O Quadro 4 apresenta o número de profissionais que conforma o quadro docente dos cursos.

Quadro 4. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015

Titulação Máxima Docente	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Psicologia
Especialistas	0	0	3	0
Mestres	25	9	5	13
Doutores	26	19	4	9
Total	**51**	**28**	**12**	**22**

Fonte: Dados da entrevista, 2015

O coordenador de medicina não soube informar o número preciso de docentes, tampouco o percentual de docentes segundo grau máximo de titulação. Mas pontuou que esse levantamento está sendo realizado:

> *"A gente tá levantando isso agora. Mas, até o ano passado a participação médica aqui era pequena. A participação clínica vem aumentando hoje com maior percentual de médicos. Praticamente todos os docentes não médicos têm doutorado. Os médicos, que hoje já são maioria, alguns têm titulação, outros não. Essa proporção caiu e agora a gente está revendo isso. Mas é importante ter, nesse momento, pessoas que estão envolvidas com o curso, mas também que estejam envolvidas com a parte prática, no serviço. Não estamos tão preocupados em contratar médicos com titulação. A gente tem muito médico que atua no serviço e que tem interesse em desenvolver a parte da docência, a parte acadêmica, e querem titular também, mas que, ao mesmo tempo, tem facilidade em introduzir os alunos naquele cenário em que atua." (Coordenador de medicina)*

Segundo ele, há diversos docentes não médicos que atuam nos períodos iniciais da formação, para os quais foi exigido o título de doutor; há profissionais de enfermagem, biomedicina, ciências sociais, matemática, biologia, odontologia e farmácia. Nos demais cursos também há profissionais de outras formações atuando como docentes: na odontologia há profissionais de sociologia e psicologia, no ciclo básico; na farmácia, há docentes formados em odontologia, química e engenharia, apenas no ciclo básico; na nutrição há profissionais de outras áreas atuando no ciclo básico (odontologia, fisioterapia, biologia) e profissionalizante (química e engenharia de alimentos); e na psicologia atuam no ciclo básico fisioterapeutas, advogado e enfermeiro.

Os professores dos cursos são, em sua maioria, provenientes do entorno: próprio município, municípios vizinhos e alguns municípios mais distantes, mas do próprio estado.

Em se tratando do regime de contratação, para os cursos de odontologia, farmácia, e psicologia, o regime de contratação é celetista e podem ser horistas, parciais ou integrais; na nutrição a maior parte dos professores é contratada como horista. O salário é pago por tabela de hora/aula, conforme Quadro 5.

Quadro 5. Valor da hora/aula pago aos docentes, segundo grau de titulação máxima, dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015

Titulação	Hora/aula		
	Odontologia	Farmácia	Nutrição
Especialista	-	-	R$ 39,55
Mestres	R$ 56,84	R$ 56,84	R$ 47,43
Doutores	R$ 62,47	R$ 62,47	R$ 54,49

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Os coordenadores dos cursos de psicologia e medicina não souberam informar os valores.

Estrutura curricular do curso

Dos cursos analisados, apenas o coordenador de medicina referiu que o curso tem por maior enfoque a atenção básica. Para os coordenadores dos demais cursos, o ensino é voltado para atenção hospitalar e/ou especializada. No caso da odontologia, nutrição e psicologia, o ensino prepara o aluno principalmente para atuar em consultórios privados, e o curso de farmácia para atendimento em drogarias.

Em se tratando dos projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos, à exceção do curso de odontologia que é datado de 1984, e por isso, criou seu primeiro PPP por ocasião do início de funcionamento do curso, todos os demais cursos criaram seus PPP após a aprovação das DCN

para os Cursos de Graduação em Saúde, já que os cursos foram criados recentemente (Quadro 6).

Quadro 6. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015

Curso	Ano de elaboração do primeiro PPP	Participaram da elaboração	Última atualização
Odontologia	1984	Docentes e assessoria pedagógica	Atualizado em 2008 em razão das DCN, e em 2014
Farmácia	2012	Docentes	2014, pelo próprio coordenador
Nutrição	2012	Docentes e direção da escola	Está em atualização
Psicologia	2011	Ex-coordenador de curso	Previsão de atualização em 2016
Medicina	2011	Docentes	Está em atualização

Fonte: Dados da entrevista, 2015

O curso de medicina está atualizando o PPP em razão das novas DCN para os Cursos de Graduação em Medicina aprovadas em 2014, as quais, segundo o coordenador de medicina, vão alterar o ensino ofertado no curso, e intensificar a prática.

> *"Originalmente o nosso modelo aqui começou com o PBL [problematização do ensino] e ao longo do tempo houve uma mudança. Entrei e agora estamos revendo estas mudanças e estamos tentando voltar mais próximo ao projeto original. Mas a ideia é estimular ao máximo as metodologias ativas, não especificamente a PBL, mas várias metodologias. Temos procurado capacitar os professores que foram sendo incorporados nos últimos dois semestres. Então estes professores precisam ser capacitados para utilizar esse tipo de metodologia. Dessas diretrizes a gente tem alguns focos que a gente tem trabalhado com alguma ênfase. Quanto à prática, acho que vai intensificar, porque desde o início os alunos têm atividades práticas bem intensas, eles têm treinamento de habilidade de alguns procedimentos que eles*

> *têm que aprender. Normalmente, nas escolas tradicionais, o aluno começa a aprender essas habilidades a partir do terceiro ano. Aqui é desde o primeiro ano. E vai intensificando cada vez mais. (...) Então essa parte prática a gente tem estimulado para desenvolvimento das atividades práticas e temos uma área física para isso, que ano que vem vamos ampliar e estamos criar um centro de simulação de alta resolutividade com uma enfermaria simulada que vai ser concluída esse ano para realmente permitir treinamento prático mais intenso. Tem também o internato que é todo prático a partir do 5º ano." (Coordenador de medicina)*

A atenção básica está contemplada nos PPP de todos os cursos, segundo os entrevistados, mas um deles chamou atenção para a dificuldade da imersão dos alunos nos campos de prática da atenção básica, de modo que a maior parte das atividades é desenvolvida na clínica-escola da própria faculdade.

> *"Eu acho que o maior problema é o acesso ao SUS. É a entrada da universidade no SUS. Então, assim, a dificuldade para o acesso é o nosso maior problema. Não adianta eu colocar maior número de disciplinas, por exemplo, nós temos estágios que são de 250 horas que o aluno pode fazer onde ele quiser, eu poderia colocar ele lá, mas a dificuldade do acesso do aluno lá é grande, inviabiliza, não tem como, ele prefere fazer numa drogaria que é muito mais simples do que ir pro SUS." (Coordenador de farmácia)*

Em se tratando de abordagens metodológicas, as aulas expositivas são utilizadas por todos os cursos, mas se observa o uso de metodologias mais participativas e ativas, especialmente na medicina, que tem sua estrutura curricular baseada na problematização. O período de

abordagem da atenção básica se apresentou de maneira bastante heterogênea, com carga horária subdivida em teóricas e práticas ou teórico-práticas. Entre os cursos, o de farmácia é o que apresenta menor carga horária dedicada à atenção básica. Os cenários de prática apesar de diversificados, ainda se sobressai o uso de unidades hospitalares como campo para desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem (Quadro 7).

Todos os cursos se estruturam por disciplinas, à exceção do curso de medicina, cuja estrutura se dá por módulos por sistemas:

> *"Trabalhamos com módulos. Módulos por sistemas. Que é estudado de uma forma integrada. Exemplo: sistema respiratório em que se aborda anatomia, fisiologia, embriologia, etc. Ao mesmo tempo já discutimos casos clínicos, muitas vezes com participação de médicos para discutir esses aspectos e os módulos vão se repetindo em outros períodos para aprofundamento, sempre de forma integrada. Então não é dividido por departamento. E nem por disciplina, é por sistemas e em cada unidade dessa há vários professores de várias áreas de especialidades médicas e não médicas planejando as atividades práticas em conjunto. É um organograma curricular que se dá desde o início e vai até o fim do quarto ano." (Coordenador de medicina)*

Quadro 7. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde dos municípios da Região Norte-Barretos/SP, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2015

Abordagem da Atenção Básica	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Psicologia	Medicina
Metodologias de ensino	Aulas expositivas e práticas	Aulas expositivas e práticas, vídeos e seminários	Aulas expositivas e práticas, casos clínicos, seminários, e discussão de texto	Aulas expositivas e práticas, vídeos, seminários e antecipação de conteúdo	Aulas expositivas, dramatização, casos clínicos, portfólio
Período de abordagem	Todos os períodos	1º, 2º e mais um período (de escolha do aluno para estágio prático)	1º, 4º, 7º e 8º	5º e 8º	Todos os períodos
Carga horária	360h teórico-práticas	72h - teóricas 72h - práticas	360h - teóricas 220h - práticas	33h – teóricas 80h - práticas	640h – teórico-práticas*
Disciplinas	Inserção da saúde na comunidade; Saúde coletiva	Saúde pública I e II; Estágio em saúde pública	Promoção e políticas de saúde; Nutrição materno-infantil; Epidemiologia; Educação em nutrição; Nutrição e Saúde Coletiva I e II; Estudos suplementares de saúde coletiva	Políticas públicas em saúde; Processo clínico e promoção da saúde	Integração Ensino, Serviço e Comunidade em Saúde
Cenários de ensino-aprendizagem	Clínica odontológica própria, escolas	UBS, CAPS, escolas, farmácia-escola e farmácia popular	Hospitais gerais públicos e privados, hospitais especializados, UPA, UBS, USF, escolas, creches, lar de idosos, academias, comunidade	Hospital geral público, hospital especialiazado, UBS, USF,CAPS, CAPS AD, CAPSi, Clínica própria, escolas, APAE, empresas.	Hospital geral privado, hospital especializado, UBS, USF, posto municipal de saúde, policlínicas, CAPS, escolas, AME
Estrutura do Curso	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Módulos por sistemas, do corpo humano

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Como observado no Quadro 7, o curso de odontologia não tem inserção na rede de saúde, e por esse motivo os campos de prática se restringe a clínica própria e, eventualmente, a escolas para educação em saúde bucal. Esse fato é resultante de diversos processos porque passou e passa o curso, que transcorrem por questões políticas, de gestão, e de resistência por parte da rede de saúde, dos alunos, e professores em compreender a inserção de cirurgiões-dentistas no âmbito da atenção básica.

Cabe destacar que a clínica de odontologia faz atendimento à população gratuitamente, e não possui convênio com o SUS; assim, os custos deste atendimento são de responsabilidade do aluno, que fornece o material (instrumentos), e do curso. Por esse motivo, o curso tem grande importância regional.

Segundo a coordenadora do curso, inúmeras tentativas de convênio com a rede de saúde local foram efetuadas, mas o cenário atual não tem favorecido a parceria ensino-serviço. O curso de odontologia é integrante de um centro universitário que, por sua vez, é mantido por uma fundação que antes era pública de direito privado; atualmente é considerada de direito privado. A classificação anterior permitiu estabelecer diversos diálogos com a rede, mas após reclassificação, os contratos com parceiros públicos e privados foram descontinuados.

Não obstante às dificuldades apontadas pelos coordenadores de curso, eles consideraram a matriz curricular de seus cursos boa (odontologia e farmácia), muito boa (nutrição e psicologia) e excelente (medicina) para a preparação do aluno para atuação na atenção básica.

Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de profissional reflexivo e generalista. O curso de medicina apontou como um dos objetivos, a formação para atuação na

atenção básica, contudo cabe destacar que tal curso ainda não possui egressos. O Quadro 8 traz síntese quanto ao perfil dos egressos referidos pelos entrevistados.

Quadro 8. Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde da Região Norte-Barretos/SP. Brasil, 2015

Curso	Perfil do aluno
Medicina	"Médicos com visão clara do sistema público de saúde, capaz de atender e resolver 70-80% dos problemas de saúde do dia a dia da população. Que tenha uma visão sólida na atenção básica, mas que também possa se especializar em outras áreas, com uma visão humanizada."
Psicologia	"Nosso perfil é pra trabalhar na área de intervenção, na área de ações sociais e nas áreas organizacionais, então nós transpassamos, porque como nós trabalhamos com as habilidades de competências da DCN como consta no nosso plano de ensino, a gente não trabalha com objetivos, a gente trabalha pra desenvolver aquelas habilidades, aquelas competências, então ele é um profissional apto dentro dos cinco eixos que as DCN colocam, então sem uma coisa generalista, mas uma coisa reflexiva."
Nutrição	"Nutricionista com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e a atenção dietética e todas as áreas de conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para promoção, manutenção e recuperação da saúde e pra prevenção de doenças de indivíduos e grupos populacionais e dentro desse âmbito nós queremos que ele contribua pra melhorar a qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural."
Farmácia	"Formação pra trabalhar em drogaria, para manipulação e para indústria farmacêutica, ele tem esse perfil, principalmente na área de medicamentos, na drogaria na parte de atenção farmacêutica, no atendimento e ele também sai com uma boa formação na área de análises clínicas, área de laboratórios, na parte de gerenciamento de hospitais."
Odontologia	"É um profissional generalista, porque essa é a ideia. Dar essa formação, tanto que nós tentamos fazer clínicas integradas. E hoje elas se chamam clínicas integradas, porque a gente entende que tem que ver o paciente como um todo. Então essa é a ideia. Ele tá voltado para educação e saúde bucal. Isso que eu acho que é o nosso profissional. A gente trabalha para que ele seja um clínico geral."

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Ao ser questionado sobre o conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, o coordenador de medicina preferiu não responder, alegando que o curso

ainda não tem egresso e que a primeira turma ainda está na metade do curso.

Os demais coordenadores avaliaram cada ação de saúde, e para cada uma delas graduou o conteúdo como sendo: (1) **todo oferecido** pelo curso para realizar a determinada ação; (2) **parcialmente oferecido**; (3) **não oferecido** pelo curso; ou como (4) não sei/tenho dúvidas.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme Tabela 1.

Tabela 1.Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da região Norte-Barretos/SP para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2015

Curso	Média
Farmácia	1,25
Odontologia	1,06
Nutrição	1,81
Psicologia	2,09

Fonte: Dados da entrevista, 2015

As respostas resultaram em menor média para o curso de odontologia, o que significa dizer que, segundo a coordenadora, o curso oferece praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas. Apenas duas ações não foram graduadas como 1: atendimento domiciliar e gestão de equipamentos, materiais e insumos.

A maior média foi observada para o curso de psicologia, isto porque para muitas ações de saúde a coordenadora avaliou como 3, isto é, conteúdo não oferecido pelo curso para desenvolvimento da ação. Grande parte dessas ações refere-se a medicamentos e exames laboratoriais, mas também a ações de saúde consideradas como de nível básico: visita domiciliar, acolhimento, orientações de saúde e acompanhamento psicológico a grupos específicos.

Para os cursos, em geral, observou-se que há deficiência de conteúdo no que se refere ao atendimento de pacientes psiquiátricos, e gestão de medicamentos (prescrição, orientações e acompanhamento).

Ressalta-se que dentre as ações listadas, algumas não fazem parte do escopo de prática do profissional em análise. O objetivo deste questionamento era averiguar o preparo para desenvolvimento de atividades de saúde diversas, na possibilidade de verificar a possibilidade de compartilhamento de ações entre as profissões.

Pontos de destaque

Este relatório tratou da análise dos questionários aplicados em fase de teste. Ainda durante as entrevistas, questões foram acrescidas e algumas foram alteradas para melhor compreensão.

Apesar do pequeno número de cursos em análise, cada um referente a uma graduação específica, foi possível observar similaridades entre eles. À exceção do curso de odontologia que funciona há 30 anos, os cursos são recentes, criados a partir de 1998. Os cursos de medicina e nutrição ainda não possuem egressos, o que, de certa forma, tem implicação nas respostas dos questionários aplicados.

Entre as limitações desta fase de pré-teste, se podem citar: o período de realização do campo que prejudicou o agendamento de entrevistas com coordenadores de cursos de graduação, haja vista que ocorreu na semana de retorno das aulas, pós-férias de julho e; a resistência e recusa dos coordenadores dos cursos de enfermagem em participar da pesquisa.

Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA)

O segundo campo de pesquisa já efetivado foi a Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA), especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA, as quais são conformadas pelos municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista; e, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá, nesta ordem.

A rede PEBA conforma uma experiência pioneira no Brasil e tem como principal objetivo a implantação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde, na qual integram-se 53 municípios, com uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

Este relatório se encarrega de apresentar informações acerca da estruturação do ensino de graduação em saúde na região PEBA, porém, o campo da pesquisa foi efetivado especificamente no município de Petrolina, por ser este o único a apresentar cursos de graduação em saúde objetos de estudo desta pesquisa.

Petrolina

O município de Petrolina se localiza no interior do estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, possui extensão territorial de 4.561,872 km², e população estimada para 2014, pelo IBGE, de 326.017 habitantes. Integra a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina e Juazeiro (RIDE), da qual fazem parte mais sete municípios localizados no Vale do São Francisco, que juntos englobam 700 mil habitantes.

O município de Petrolina possui dez hospitais, sendo seis de cunho geral, dois especializados e dois hospital-dia; 28 Unidades Básicas de Saúde; 79 equipes de saúde da família, que cobre 87% da população; 44 equipes de saúde bucal; e 10 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família[3].

Neste município há duas instituições de ensino que ofertam cursos de graduação em saúde, as quais foram estudadas nesta pesquisa.

Entrevistas

Foram entrevistados seis coordenadores de cursos, cujas entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 16 e 20 de novembro de 2015. Foram aplicados os questionários de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e farmácia, cada um com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos seis respondentes, quatro eram homens; a média de idade foi de 39 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados; com exceção de dois entrevistados, todos possuem como maior nível de formação o doutorado; e atuam na função, em média, 1,1 anos.

Caracterização da instituição de ensino e curso

O campus Petrolina da Universidade de Pernambuco (UPE) foi inaugurado em 1968 com o nome de Faculdade de Formação de Professores de Petrolina (FFPP), cujo objetivo era formar professores em Letras, Ciências e Estudos Sociais; sua administração era

[3] Dados CNES 2015.

municipal, mas os alunos pagavam uma taxa mensal para custear o estudo. Em 1971 foi incorporada à Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP); e só no início da década de 1990 passou para a administração estadual, vinculando-se a UPE, já existente em Recife. A partir de então o estado de Pernambuco iniciou um processo de financiamento que, num primeiro momento, consistia apenas no pagamento da folha dos profissionais, assim, os alunos ainda pagavam a taxa para estudar. Posteriormente, em 2009, o estado assumiu o valor da taxa estudantil, o qual é repassado para as unidades de ensino.

Foi em 2006 que os dois primeiros cursos de saúde passaram a funcionar no Campus Petrolina da UPE: enfermagem e fisioterapia. Em 2010 mais um curso de saúde foi iniciado, o de nutrição. Além destes cursos, o Campus Petrolina ainda oferta o curso de ciências biológicas, geografia, história, letras (inglês), Letras (português), matemática e pedagogia.

A Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), por sua vez, foi criada em 2002, com sede no município de Petrolina, porém com inserção regional mediante atuação multicampi no Polo Petrolina/PE e Juazeiro/BA. Trata-se da única universidade das últimas décadas a ser criada com missão de desenvolvimento regional. Ela possui campus nas cidades de Petrolina/PE, Juazeiro/BA, Senhor do Bonfim/BA, Paulo Afonso/BA e São Raimundo Nonato/PI. Em fase inicial, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) ficou responsável pelos processos pedagógicos e administrativos de implantação da UNIVASF, nesse período foram desenhados os projetos políticos pedagógicos dos cursos. Em 2004 os cursos passaram a funcionar, dentre eles, enfermagem e medicina.

Atualmente, a universidade oferta vagas para dez cursos de graduação no município de Petrolina, divididos em dois campi: Campus Petrolina

Centro, com os cursos de enfermagem, medicina, farmácia, psicologia, educação física e administração; e Campus Ciências Agrárias, com os cursos de Ciências Biológicas, Engenharia Agrônoma, Medicina Veterinária e Zootecnia.

Quadro 9. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Farmácia	Enfermagem	Medicina
Vagas anuais	50	40	40	80	40	80
Preenchimento	80%	95%	95%	100%	100%	100%
Processo seletivo	Vestibular anual (60% das vagas) e Sistema Seriado Anual - SSA (40% das vagas); a partir de 2016: ENEM e SSA			ENEM - duas entradas	ENEM - única entrada	ENEM - duas entradas

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Como se observa no Quadro 9, apenas os cursos de medicina e farmácia ofertam vagas semestrais (n=40, cada). O método de ingresso na UPE até 2015 foi baseado no vestibular tradicional, o qual ofertava 60% das vagas, e no Sistema Seriado Anual, que consiste na realização de provas em três fases, cada fase em um ano, para alunos da rede estadual de Pernambuco; para esse sistema, 40% das vagas são ofertadas. Para a entrada nos cursos da UPE, a partir de 2016, passa a vigorar o ENEM, mantendo-se, ainda, o SSA. A UNIVASF adota o ENEM para todos os cursos da instituição.

À despeito do alto percentual de preenchimento das vagas ofertadas pelos cursos, todos os coordenadores chamaram atenção para a evasão estudantil, fato menos recorrente no curso de medicina. Por este motivo, as universidades lançam mão de remanejamentos sucessivos para preenchimento das vagas. Em se tratando do curso de enfermagem e farmácia, a evasão é mais pronunciada a partir do 3º

período. Fato que pode ser explicado pelo sistema de remanejamento interno realizado na instituição, que permite que alunos matriculados e com bom desempenho acadêmico, a partir do 3º período, possam migrar de curso quando da oportunidade de vaga. Nesse processo, muitos alunos migram para o curso de medicina. Tal cenário, nos leva a inferir que cursos como enfermagem e farmácia não se constitui como primeira opção de escolha para muitos.

De maneira semelhante, muitos alunos do curso de enfermagem da UPE migram para outras instituições para cursarem medicina. Outro fator pontuado pelos coordenadores para a alta taxa de evasão estudantil durante o curso, que, por vezes, chega a 60%, caso da enfermagem da UNIVASF, por exemplo, é a migração de alunos para outra instituição mais próxima da residência, no mesmo curso ou curso distinto.

> *"Porque tem muitos alunos que de fato querem medicina. Então boa parte faz aqui e de repente passa em medicina. Não necessariamente enfermagem é a primeira escolha"*

Em se tratando do perfil dos alunos, cerca de 90% são oriundos da macrorregião interestadual PEBA; os outros 10% são originários de diversos estados vizinhos, especialmente Piauí dada a proximidade geográfica. Os alunos de medicina são provenientes, grande parte, da região nordeste, aproximadamente 90%, mas de diversos estados, ultrapassando as fronteiras do PEBA; há ainda um pequeno percentual que é originário de outras regiões do Brasil, com destaque para o estado de São Paulo, na região Sudeste.

Com relação aos docentes, a maior parte é nordestina, especialmente Pernambuco e Bahia. Chama atenção o curso de fisioterapia, que tem parte significativa do seu quadro docente composto por profissionais da região Sudeste, especificamente dos estados de São Paulo e Minas Gerais.

À despeito da origem dos docentes, ficou claro na fala dos entrevistados que a potencialização do ensino na região, especialmente em decorrência da implantação da UNIVASF, fixou profissionais da macrorregião PEBA e atraiu muitos que estavam residindo em outros estados do Nordeste e de outras regiões do país.

> *"Todos nós que somos do Nordeste, moramos pelo menos uns 10 anos fora antes de voltar para o nordeste. Então o atrativo para cá foi a universidade se não fosse a universidade, grande parte não teria voltado, pelo menos não para o interior."*

O número de docentes em cada curso é variável, com menor quantidade no curso de nutrição e maior no curso de medicina. Observa-se que a maior parte dos docentes possui mestrado ou doutorado. Cabe ressaltar que grande parte dos especialistas e mestres dos cursos, estão fazendo mestrado e doutorado, respectivamente.

Quadro 10. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Titulação	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Farmácia	Enfermagem	Medicina
Especialistas	0	1	8	0	4	23
Mestres	5	7	11	6	20	20
Doutores	7	12	4	24	9	12
Total	**12**	**20**	**23**	**30**	**33**	**55**

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Todos os cursos estudados possuem em seu quadro docente profissionais de outras categorias que desenvolvem atividades no ciclo básico.

Em se tratando do regime de contratação, na UPE todos são estatutários, à exceção de professores convidados e contratados por curto período, com carga horária de 40 horas, com possibilidade de

dedicação exclusiva (não obrigatória). No UNIVASF, todos são estatutários, com dedicação exclusiva, exceto para o curso de medicina, cujas cargas horárias praticadas são de 20 h ou 40 h para os médicos; e de 40 horas com dedicação exclusiva para os não médicos. Os salários, portanto, obedecem aos valores pagos pelo governo estadual e federal, respectivamente, com diferenciação pela titulação.

Todos os médicos do curso de medicina atuam também na assistência, cuja inserção se dá na rede pública (100%) e privada.

Estrutura curricular do curso

Dos cursos analisados, os coordenadores de enfermagem e de medicina referiram que o curso tem por maior enfoque a atenção básica. Para os coordenadores dos cursos de fisioterapia e farmácia, para o mercado comercial de medicamentos e para as práticas hospitalocêntricas, nesta ordem. O curso de nutrição, segundo o coordenador, é plural, com enfoque efetivamente generalista.

> *"A questão da atenção básica ela está muito no cerne da enfermagem. Ela surge e tem essa questão histórica muito forte. E a fisioterapia não. A fisioterapia, embora tenha algumas atividades no eixo estruturante e colabore com todas características, tem ainda, culturalmente, um foco na atenção hospitalar. Numa forma de trabalho hospitalizada, hospitalocêntrica. Mudar isso bem difícil, não impossível. [...] Mas muito das vezes o próprio fisioterapeuta não se vê dentro desta realidade."*

Em se tratando dos PPP dos cursos, todos foram atualizados recentemente e estão, portanto, em acordo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, segundo os informantes. A elaboração se deu pelo Núcleo Docente Estruturante

(NDE), e no caso da UNIVASF, com consultoria e apoio da UFES, já que era a instituição responsável pela implementação da universidade na época de sua criação.

Quadro 11. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Curso	Ano de elaboração do primeiro PPP	Participaram da elaboração	Última atualização
Enfermagem	2006	Núcleo docente estruturante	2011
Fisioterapia	2006		2014
Nutrição	2010		2014
Enfermagem	2004	Núcleo docente estruturante, com consultoria da Universidade do Espírito Santo	2013
Farmácia	2004		2012
Medicina	2004		2014

Fonte: Dados da entrevista, 2015

A atenção básica está contemplada nos PPP de todos os cursos, segundo os entrevistados, mas, na prática, dificuldades se impõem e acabam por limitar a entrada nos alunos nos campos de atenção básica, especialmente no que se refere aos alunos dos cursos de fisioterapia e farmácia. As dificuldades perpassam pelo próprio reconhecimento das unidades em entender a inserção desses profissionais na atenção básica e pela resistência dos docentes e alunos de se enxergarem nesses espaços.

Em se tratando de abordagens metodológicas, as aulas expositivas são utilizadas por todos os cursos; as metodologias ativas, apesar de serem estimuladas e estarem contempladas no PPP dos cursos da UNIVASF, ainda são limitadas em decorrência da resistência e despreparo dos docentes.

A abordagem da atenção básica se dá em diversos períodos a depender do curso; no caso da enfermagem e medicina da UNIVASF, em se tratando de uma matriz curricular modular, os conteúdos da atenção

básica são diluídos em todos os períodos, com inserção do aluno no campo prático desde o primeiro ano.

O caso a se destacar é o da fisioterapia do UPE, que está em processo de reformulação da matriz. Na prática, hoje, os alunos têm apenas uma disciplina de saúde coletiva de cunho teórico, e o estágio de 100 horas na atenção básica (Quadro 12). O novo modelo proposto apresenta um módulo denominado Vivências em Saúde que permeará os primeiros períodos, em todas as disciplinas, e que objetiva abordar a inserção do fisioterapeuta na atenção primária, e inserir os alunos mais precocemente no campo prático. E para o nono e décimo período, o módulo Saúde e Comunidade, de cunho exclusivamente prático na atenção básica. Ainda está em fase de discussão e planejamento.

No que tange aos cenários de prática, eles se mostraram bastante diversificados, sobressaltando a estruturação da rede de saúde local que é bem porosa à entrada de alunos (Quadro 12).

Todos os cursos da UPE se estruturam por disciplinas; a UNIVASF, em sua concepção aderiu à divisão do curso por módulos com conteúdos transversais, mas a estruturação se mostrou complicada, e os cursos fizeram suas adaptações, na prática. O curso de enfermagem se mostrou mais determinado a insistir no modelo, mas sofre com a resistência e rotatividade de alguns professores, em áreas específicas mais relacionadas ao ciclo básico. A farmácia opera no modelo de divisão por disciplinas; e a medicina, em módulos ou disciplinas por sistemas do corpo humano.

> *"Na verdade, isso (de integração modular) ocorreu nos primeiros anos, quando a UFES implantou, mas só que isso é bom e acontece quando você tem todos os seus docentes em dedicação exclusiva. Por exemplo, você combinar de dar anatomia do coração, histologia do coração, fisiologia do coração, isso não dá certo se não tiver DE, justamente pela*

carga horária. Se não for DE, PBL não funciona. Não funciona mesmo. E até 2007 os docentes eram todos médicos e não tinha interatividade entre os outros profissionais. Aí entrei na coordenação e sugeri: vamos contratar não médicos para ensinar essas disciplinas que conhecemos como básicas. O que a gente conseguiu foi ter conteúdos que se repetem ao longo da formação, mas não tem um calendário único unindo as disciplinas, justamente por essa dificuldade de carga horária dos docentes."

Quadro 12. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2015

Abordagem da Atenção Básica	Universidade de Pernambuco			Fundação Universidade do Vale do São Francisco		
	Enfermagem	**Nutrição**	**Fisioterapia**	**Enfermagem**	**Medicina**	**Farmácia**
Metodologias de ensino	Aulas expositivas e práticas	Aulas expositivas e práticas, vídeos e seminários	Aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas, aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas e aulas expositivas	Aulas expositivas e campos de prática
Período de abordagem	2º, 4º - 9º período	1º, 3º, 7º - 9º	4º	Todos os períodos	Todos os períodos	1º, 2º e 4º
Carga horária	320h - teóricas 640h - práticas	180h - teóricas 300h - práticas	60h - teóricas 100h - práticas	-	NSI	355h - teórico-práticas
Disciplinas	Saúde Coletiva I, II, III; Bioestatística; Epidemiologia I e II; Saúde, ambiente e qualidade de vida; Estágio curricular I; diversas outras disciplinas que abordam conteúdos gerais e de saúde coletiva	Introdução à Nutrição; Introdução à Saúde Coletiva; Nutrição em Saúde Coletiva I e II; Estágio supervisionado em nutrição e saúde pública	Saúde Coletiva; Estágio	Todos os módulos	Estudo Saúde I e II, Saúde e Comunidade; inserção em quase todos os módulos	Farmácia Social, Introdução à Farmácia, Deontologia farmacêutica; práticas farmacêuticas; Assistência farmacêutica
Cenários de ensino-aprendizagem	UBS, CAPS, Secretaria de Saúde; hospitais; ESF; escolas, creches, asilos	Hospitais; escolas, CAPS, residência terapêutica; UPA	Hospitais, clínicas particulares, UBS, empresas	Hospitais, UBS, USF, SAMU, UPA, ESF, policlínica, CAPS, residências terapêuticas; escolas	Hospitais, UBS, USF, SAMU, UPA, ESF, policlínica, CAPS, residências terapêuticas; escolas	Hospitais, farmácias comerciais e comunitária, indústrias,

Continua...

...continuação

Estrutura do Curso	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por módulos com conteúdos transversais	Módulos e disciplinas por sistemas do corpo humano (na prática); no PPP consta integração modular com conteúdos transversais	Divisão por disciplinas (na prática); no PPP consta integração modular com conteúdos transversais

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de profissional reflexivo e generalista. O curso de medicina apontou como um dos objetivos, a formação para atuação na atenção básica, contudo cabe destacar que tal curso ainda não possui egressos. O Quadro 13 traz síntese quanto ao perfil dos egressos referidos pelos entrevistados.

Quadro 13. Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Curso	Perfil do aluno
Medicina	"Médico generalista. Com aptidão para trabalhar no SUS nos três níveis de atenção."
Farmácia	"Perfil muito técnico. E ainda mais depois que teve essa questão das diretrizes curriculares com a formação do farmacêutico generalista. É um profissional com três perfis totalmente diferentes: alimentos, farmácia e análises clínicas."
Enfermagem UNIVASF	"Sai preparado para atuar na atenção básica, com estímulo a fazer pesquisa e sai preparado para atuar no âmbito hospitalar. Mas não saem muito preparados para atuar em psiquiatria."
Fisioterapia	"É um generalista, com uma visão panorâmica das possibilidades da fisioterapia. Quando digo panorâmica, não quero dizer que seja especial, mas ela é ampla, de todas as áreas que a fisioterapia pode atuar."
Nutrição	"Generalista e pronto para trabalhar nas diversas áreas."
Enfermagem UPE	"Enfermeiros aptos a trabalhar na atenção básica de saúde, nos vários projetos que o Ministério tem oferecido, dentro deste cenário da atenção básica. Mas voltado também para atenção hospitalar, nas redes de urgência e emergência da região."

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Em se tratando do conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo como sendo: (1) **todo oferecido** pelo curso para realizar a determinada ação; (2) **parcialmente oferecido**; (3) **não oferecido** pelo curso; ou como (4) **não sei/tenho dúvidas**.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme Tabela 2.

Tabela 2.Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2015

Curso	Média
Farmácia	1,96
Medicina	1,58
Nutrição	1,47
Enfermagem A	1,66
Enfermagem B	1,43
Fisioterapia	1,90

Fonte: Dados da entrevista, 2015

As respostas resultaram em menor média para o curso de Enfermagem da UNIVASF, o que significa dizer que, segundo a coordenadora, o curso oferece praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

A maior média foi observada para o curso de farmacologia, isto porque para muitas ações de saúde a coordenadora avaliou como 3, isto é, conteúdo **não oferecido** pelo curso para desenvolvimento da ação. Grande parte dessas ações refere-se à prescrição e avaliação de medicamentos e exames laboratoriais.

Para os cursos de farmácia e fisioterapia, observou-se que há deficiência de conteúdo no que se refere à realização do protejo terapêutico singular e apoio matricial, que são por essência trabalhos em equipe.

Ressalta-se que dentre as ações listadas, algumas não fazem parte do escopo de prática do profissional em análise. O objetivo deste questionamento era averiguar o preparo para desenvolvimento de atividades de saúde diversas, na possibilidade de verificar a possibilidade de compartilhamento de ações entre as profissões.

Entorno de Manaus (AM)

O terceiro campo de pesquisa já efetivado foi a Região de Saúde Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, especificamente a Microrregião de Saúde Entorno de Manaus (AM), composta por nove municípios: Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto de Eva, Iranduba, Careiro de Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes e Nova Olinda do Norte.

Este relatório se encarrega de apresentar informações acerca da estruturação do ensino de graduação em saúde na Região do Entorno de Manaus, porém, o campo da pesquisa foi efetivado especificamente no município de Manaus, por ser este o único a apresentar cursos de graduação em saúde objetos de estudo desta pesquisa.

Manaus

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

Neste município há quatro instituições de ensino que ofertam cursos de graduação em saúde, as quais foram estudadas nesta pesquisa.

Entrevistas

Foram entrevistados oito coordenadores e um subcoordenador de curso, cujas entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 29 de fevereiro e 04 de março de 2016. Foram aplicados os questionários de medicina, enfermagem,

odontologia, fisioterapia e farmácia, cada um com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos nove respondentes, seis eram mulheres; a média de idade foi de 46 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados e todos possuem como maior nível de formação o doutorado. Ainda, a maior parte atua na função de coordenador por 2-3 anos. O menor tempo de atuação foi de três meses e o maior, 6 anos. Maiores detalhes podem ser observados no Quadro 14.

Quadro 14. Perfil dos entrevistados do município de Manaus. Brasil, 2016

Entrevistados	Sexo	Idade	Formação	Tempo de atuação na função
Odontologia	Feminino	39 anos	Cirurgiã-dentista	2 anos
Medicina	Masculino	70 anos	Médico	6 anos
Farmácia	Feminino	50 anos	Farmacêutica	2 anos
Fisioterapia	Feminino	46 anos	Fisioterapeuta	3 anos
Farmácia	Feminino	38 anos	Farmacêutica	1 ano
Medicina	Feminino	42 anos	Médica	7 meses
Odontologia	Masculino	37 anos	Cirurgião-dentista	3 meses
Enfermagem	Feminino	49 anos	Enfermeira	2 anos
Medicina	Masculino	46 anos	Médico	3 anos

Fonte: Dados da entrevista, 2016

Caracterização da instituição de ensino e curso

Conforme pode ser observado, das três universidades visitadas, a mais recente quanto a seu credenciamento data de 2001. Cabe destacar ainda que, o curso de Farmácia é um curso de caráter especial, onde há apenas uma primeira turma em fase experimental que iniciou no ano de 2014.

Quadro 15. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016

Informações	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Odontologia	Enfermagem	Farmácia	Odontologia	Medicina	Medicina
Vagas anuais	112	42	42	42	56	30	100	160	60
Preenchimento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	70%
Processo seletivo	ENEM e PSC	ENEM, Extra macro e PSC		ENEM e PSC		ENEM	ENEM e PVR	ENEM	Vest.

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.

Com relação ao alto percentual de preenchimento das vagas ofertadas pelos cursos, os coordenadores chamaram atenção para a evasão estudantil ao longo do curso variando de 10 a 30% de acordo com os cursos. Contudo, este fenômeno é menos recorrente nos cursos de medicina. Por este motivo, as universidades lançam mão de remanejamentos sucessivos para preenchimento das vagas (PVR), à exemplo do PSC (Processo Seletivo Contínuo) e o extra macro, que seria a migração de estudantes de cursos da saúde da própria IES para outro curso. Todos os coordenadores relataram sucesso no preenchimento dessas vagas remanescentes.

Como justificativa para o percentual de evasão ao longo do curso, principalmente o respondente do curso de enfermagem da UFAM referiu o fato de muitos alunos terem interesse em cursar medicina. Assim, ao passarem em algum outro vestibular, estes tendem a abandonar o curso de enfermagem para iniciarem o novo curso.

Ainda, com relação ao perfil dos alunos, observou-se que maior parte são pertencentes ao próprio estado, seguido pelo quantitativo de alunos que pertencem a grande região. Um menor percentual vem de outros estados fora da grande região. No curso de medicina, por exemplo, cerca de 60% dos alunos são provenientes dos municípios do interior.

Fato relevante que também cabe destaque diz respeito ao perfil de composição dos alunos, onde por meio das entrevistas, ficou evidente uma maior capilaridade da universidade estadual no interior, se comparado com as duas outras IES. Uma das estratégias são as cotas, que segundo um respondente:

> [...] Poderia dizer, que esta universidade tem um sistema bem diferenciado de cotas, por exemplo, se você nasce no Amazonas tem direito a um tipo de cota e se for no interior é outro tipo de cota. Se você é de fora do estado as chances são menores e se você for de fora e já tiver feito outra graduação as chances são praticamente nulas, é um sistema bem separado. A ideia dessa universidade é suprir o interior com profissionais, pois era muito comum ter o curso na universidade federal, aí o aluno fazia o curso e depois ou ficava na capital ou voltava pra cidade de origem e existe uma carência muito grande de profissionais no interior do estado.

Com relação ao perfil docente, maior parte dos entrevistados referiu que estes são do próprio estado ou grande região. Contudo, observa-se o número crescente de docentes de outros estados, especialmente do SUL e Sudeste que têm sido atraídos para estas universidades na região. O curso de fisioterapia da estadual, à exceção, possui quase que a totalidade de seus docentes de fora do estado do Amazonas, sendo a maior parte proveniente da região Sul e Sudeste.

O Quadro 16 traz um panorama com relação a titulação dos docentes das três IES.

Quadro 16. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde dos municípios de Manaus/AM. Brasil, 2016

Titulação	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Odontologia	Enfermagem	Farmácia	Odontologia	Medicina	Medicina
Especialização	35	-	-	-	3	-	3	74	33
Mestrado	42	3	4	1	19	1	23	42	33
Doutorado	42	3	25	29	12	6	39	36	44
Pós-Doutorado	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Total	**119**	**6**	**32**	**30**	**34**	**7**	**65**	**151**	**110**

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.

Cabe destacar ainda que, todos os cursos estudados possuem em seu quadro docente profissionais de outras categorias que desenvolvem atividades no ciclo básico.

No que tange ao regime de contratação dos docentes, na UEA, todos são estatutários e a maior parte praticam 40h semanais sem dedicação exclusiva. Na universidade privada, os docentes se dividem entre celetistas e horistas havendo carga horária de 20 e 40h. Com relação à UFAM, há os estatutários e substitutos (20h), a maior parte dos docentes são 40h com dedicação exclusiva (DE), com exceção do curso de medicina que possui em seu quadro 30% de docentes em DE e os demais em 20h.

Todos os médicos do curso de medicina atuam também na assistência, cuja inserção se dá na rede pública (100%) e privada.

Com relação ao enfoque do curso, os cursos de farmácia divergem sendo o da universidade federal com ênfase na atenção básica e o da universidade estadual com ênfase em medicamentos, onde, segundo a própria coordenadora, esse foi um perfil demandado pela própria reitoria da UEA a fim de suprir uma necessidade da região.

Os dois cursos de odontologia por sua vez, referiram maior ênfase da atenção básica em seus currículos, já o curso de fisioterapia referiu maior enfoque na atenção hospitalar/ especializada, onde segundo a coordenadora *"ele está voltado pra atenção terciária porque a gente tem muita dificuldade de parceria com a Rede, com a Atenção básica".*

Assim como o curso de fisioterapia, o de enfermagem também referiu maior abordagem no âmbito hospitalar/ especializado.

Com relação aos cursos de medicina, dos três cursos analisados, um referiu maior ênfase na atenção especializada, um curso referiu maior abordagem da atenção básica e a universidade privada referiu abordagem similar entre atenção básica e hospitalar. Ainda, segundo um respondente, com relação à abordagem da atenção básica:

"Eu diria regular. Precisam mais cenários dentro das disciplinas, mais contato com a comunidade, mais contato com as unidades básicas de saúde".

Quadro 17. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016

Informações sobre o PPP	**Medicina**	**Fisioterapia**	**Farmácia**	**Odontologia**	**Enfermagem**	**Farmácia**	**Odontologia**	**Medicina**	**Medicina**
Última atualização	2010	2008 Em atualização	2011 Em atualização	2012	2009	Em atualização	2015	2007	2015
Atores envolvidos na elaboração	NDE	Equipe de docentes da IES	1 docente	NDE	NDE	Equipe de docentes da IES	NDE	NDE	Colegiado e NDE

Fonte: Dados da pesquisa, 2016 **NDE (Núcleo Docente Estruturante)*

Ainda segundo os respondentes, a atenção básica está contemplada nos PPP de todos os cursos, contudo, na prática, algumas dificuldades

se impõem e acabam por limitar a entrada dos alunos nos campos de atenção básica. As dificuldades perpassam pela dificuldade de articulação com a gestão municipal especialmente no que tange a atuação nas unidades básicas de saúde, assim como o número reduzido de docentes para acompanhar esses alunos nos cenários de prática, como é o caso do curso de fisioterapia que possui apenas seis docentes em seu quadro.

Em se tratando de abordagens metodológicas, as aulas expositivas são utilizadas por todos os cursos; as metodologias ativas também foram citadas por parte dos respondentes, mas o que se observa é que apesar da vontade, a dificuldade se dá especialmente para a concretização e institucionalização dessa metodologia. Alguns coordenadores referiram a relevância de haver treinamento dos docentes para esta finalidade.

Apesar da dificuldade de inserção nos cenários de práticas da AB, abordagem da atenção básica se dá em diversos períodos a depender do curso, ao menos em sua expressão teórica.

Quadro 18. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde Manaus/AM, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016

Abordagem da AB	Farmácia	Odontologia	Medicina	Enfermagem	Odontologia	Farmácia	Medicina	Fisioterapia	Medicina
Metodologias de ensino	Aulas expositivas e práticas	Aulas expositivas e práticas, vídeos e seminários	Aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas, aulas expositivas e práticas, vídeos e debates	Metodologias ativas, aulas expositivas, recursos auxiliares como vídeos e aulas práticas	Aulas expositivas e campos de prática	Aulas expositivas e práticas, vídeos e seminários	Aulas expositivas	Aulas expositivas e campos de prática
Período de abordagem	8º	1º, 3º, 5º - 7 e 9º	1º, 3º 5º e 8º	2º,5º,6º,7º,8º	1º; 2º, 5º, 6º, 9º e 10º	2º,6º e 7º	Todos os períodos	4º, 7º e 9º	Todos os períodos
Carga horária	60h - teóricas	180h - teóricas	150h - teóricas	-615h teóricas	105h teóricas	170h teóricas	468h teóricas	90h teóricas	----
	90h - práticas	270h - práticas	470h - práticas	420h práticas	240h práticas	60h práticas	370h práticas	180h práticas	----
Disciplinas	Assistência farmacêutica	Odontologia preventiva social, epidemiologia, dentística, fundamentos de assistência ao paciente, atenção integral à saúde, pacientes especiais e estágio em saúde pública	Epidemiologia Clínica, Atenção integral à saúde, Fundamentos de atenção ao paciente, Saúde Comunitária e; Estágio	Assistência de enfermagem integral à saúde, saúde materna, saúde do idoso, saúde coletiva, I e II, saúde da população do Amazonas e Internato Rural	Saúde Coletiva I ao VI	, Introdução à Farmácia, Ética e legislação farmacêutica; práticas farmacêuticas; Assistência farmacêutica	Saúde Coletiva I ao IV, Fundamentos de atenção ao paciente, epidemiologia, dermatologia, cardiologia, doenças tropicais peneumologia, saúde da mulher, saúde da criança	Saúde Coletiva, Fisioterapia preventiva e estágio em AB	Não informado-

Cenários de ensino-aprendizagem	Hospital Geral púbico	Hospitais; escolas; UPA, Policlínicas, USF e UBS	Hospitais; escolas, CAPS, Hospital Dia; UPA, Hospital universitário, Policlínicas e USF	Todos os cenários exceto o Hospital Dia	Hospitais, UBS, USF, UPA, ESF, policlínica, escolas	Hospitais, farmácias comerciais e comunitária, indústrias, UBS, USF, CAPS, Policlínicas, Hospital militar	Hospitais, UBS, UPA, USF e escolas	Hospital Universitário, UBS e USF	Hospitais, UPA, CAPSi, USF, UBS, Policlínicas, CAPS
Estrutura do Curso	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de um profissional reflexivo, generalista e capaz de atender as especificidades da região. Exceção marcante se dá com relação ao curso de fisioterapia que referiu uma formação mais limitada com base hospitalar e especializada e ainda com incipiente abordagem e inserção na realidade do estado do Amazonas, especialmente a população ribeirinha e indígena. O quadro 9 traz síntese acerca do perfil dos egressos segundo os respondentes:

Quadro 19. Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde de Manaus/AM. Brasil, 2016

Curso	Perfil do aluno
Medicina	"O nosso aluno ainda sai muito voltado para a especialização, nós ainda temos uma matriz curricular com o viés da especialização, talvez isso ainda contribua, olha que isso foi modificado com base na última modificação do projeto"
Medicina	"Eu acredito que o médico formado na UEA é um médico preparado para trabalhar como médico generalista, atender principalmente em nível primário, algumas vezes em nível secundário, e que também está muito voltado, muito focado nos problemas mais frequentes da região. A gente tem que priorizar os problemas locais, a realidade local. O nosso curso é o que tem maior carga horária de infecções parasitárias".
Farmácia	"Formar um profissional apto a tentar buscar novos benefícios tanto na parte de medicamentos, tentar fazer com que volte realmente essa atenção ao paciente, voltar com esse momento para que ele aprenda a lidar com o paciente, para que não tenha medo de lidar com o paciente, quebrar essa barreira, e tentar explicar para o paciente o funcionamento tanto quanto os benefícios do uso daquele medicamento".
Farmácia	"Ele é um profissional dedicado, que tem como objetivo o cuidado, a prevenção, o cuidado com saúde dos pacientes/população e no trabalho ele tem uma visão bem disciplinar, capaz de trabalhar em equipe".
Fisioterapia	"O nosso egresso tem sido muito diferenciado em relação aos formados em outras instituições daqui, vejo pela aprovação nos concursos. Nossa nota do ENADE é 4 Eles saem bem preparados pra profissão."
Odontologia	Generalista.
Medicina	Generalista.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Baixada Cuiabana (MT)

A região de saúde da Baixada Cuiabana é uma das 16 constituídas no Estado de Mato Grosso e congrega 11 municípios, dentre eles os dois mais populosos do estado: Cuiabá (580.500), a capital do estado, e Várzea Grande (268.600). Juntos, esses dois municípios formam a parte conhecida como Grande Cuiabá, com uma população de aproximadamente 850 mil habitantes, que representam 26% da população do estado e 89% da população da Baixada Cuiabana. Esses dois munícipios compuseram o quarto campo deste estudo, já que nos demais municípios da região não há presença de cursos de saúde selecionados como objetos de estudo desta pesquisa.

Entrevistas

Foram entrevistados 12 coordenadores de cursos e um diretor, além de um pró-reitor, cujas entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 11 a 15 de abril de 2016.

Foram aplicados os questionários de medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia, nutrição e psicologia, cada um com 54 questões, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos 13 respondentes, nove eram mulheres; a média de idade foi de 41 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados e destes, somente três possuem maior nível de formação o doutorado. O tempo de atuação no cargo gira em torno de 3 anos, sendo o tempo de quatro meses e o maior, 6 anos.

Nessa região, destaca-se que:

- As IES da região Baixada Cuiabana que ofertam os cursos estudados se concentram em Cuiabá e Várzea grande;
- Apenas uma é pública;
- As universidades privadas possuem boas infraestruturas, contando com campi bastante amplos;
- Uma das instituições faz parte de um grupo educacional, hoje a maior rede de ensino privado no país;
- Uma universidade privada pauta o ensino das áreas de saúde em metodologias ativas;
- Não há formação de terapeuta ocupacional pelo estado do MT;
- A formação dos odontólogos se dá 100% pelas IES privadas na região.

O Quadro 20 traz síntese com relação ao quantitativo de vagas ofertadas, percentual de preenchimento e perfil do processo seletivo. Observa-se especialmente que, os cursos que apresentam maior percentual de ociosidade são: farmácia e psicologia e, com exceção da universidade pública, as demais adotam sistema de vestibular próprio.

Quadro 20. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016

Dados	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Enfermagem
Vagas anuais	120	200	200	120	200	400	120	200	240	80	60	60
Preenchimento	100 %	100%	80%	100%	90 %	80%	60%	100%	100%	70%	100 %	95%
Processo seletivo	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Vestibular	ENEM	ENEM	ENEM

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.

O Quadro 21 traz um panorama com relação a titulação dos docentes das três IES:

Quadro 21. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016

Informações	UNIVAG						UNIC			UFMT		
	Medicina[1]	Fisioterapia[1]	Farmácia[1]	Odontologia[1]	Nutrição[2]	Psicologia[2]	Farmácia[2]	Odontologia[2]	Nutrição[1]	Psicologia[2]	Nutrição[1]	Enfermagem[2]
Especialização	54	9	2	-	-	6	7	5	1	-	-	1
Mestrado	31	14	10	6	8	17	10	30	11	12	-	14
Doutorado	14	2	8	24	2	2	3	15	-	16	-	34
Pós-Doutorado	2	-	-	15	-	-	1	-	-	-	-	-
Total	101	25	20	45	10	25	21	60	12	28	41	49

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.
[1] Considerando docentes de outras formações
[2] Considerando apenas os docentes da categoria profissional

Quadro 22. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana. Brasil, 2016

Informações sobre o PPP	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Enfermagem
Última atualização	2015	2013	2013	2015	2013	2013	2013	2015	2015	2009	2010	2010
Atores envolvidos na elaboração	Docentes da IES	NDE + docentes	NDE +	NDE	NDE	Docentes da IES	NDE + Grupo Kroton	NDE + Grupo Kroton	NDE + Grupo Kroton	Docentes da IES	Docentes da IES	Colegiado do curso
Previsão de atualização	Não	2017	Não	Não	Não	2017	Em atualização	2016	Não	Em atualização	Não	2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2016 **NDE (Núcleo Docente Estruturante)*

Todos os cursos referiam contemplar a atenção básica em seus currículos, contudo, observa-se que essa abordagem é bastante heterogênea entre os cursos. As aulas expositivas ainda se constituem na principal metodologia de ensino, no entanto cabe destacar a existência de cursos com metodologias ativas em andamento em uma universidade privada.

Com relação aos cenários de prática, muitos coordenadores afirmaram dificuldades para inserção dos alunos na rede, especialmente na Atenção básica. Um dos principais fatores relatados foram a pouca estrutura das unidades para receber os alunos, dificuldade de articulação com os gestores e, ainda, o baixo grau de implantação de dispositivos de apoio à atenção básica, como é o caso dos NASF.

Quadro 23. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde da região Baixada Cuiabana, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016

Abordagem da AB	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Farmácia	Odontologia	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Enfermagem
Metodologias de ensino	Metodologias ativas						Aulas expositivas/ práticas e recursos auxiliares Nutrição: utiliza também a problematização					
Período de abordagem	1º ao 8º	2º, 4º e 7º	4º e 8º	3º, 5º, 7º e 8º	2º, 4º e 6º	2º e 5º	3º, 4º e 5º	3º ao 8º	1º, 3º, 4º, 5º, 6º 7º e 8º	6º	1º ao 5º	5º ao 8º
Carga horária	8.260	4.000	4.000	4.000	3.200	4.000	4.000	4.000	3.200	4.125	3.998	4.152
Disciplinas	Iniciação de ensino médico, Prática de Saúde Pública, Programa de Intervenções Comunitárias, Saúde Ambiental, Habilidades Ambulatoriais e estágio em Saúde Coletiva	Fisioterapia na AB, Fisioterapia na Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Estágio na Comunidade, Atenção à Saúde do Idoso e Atenção à Saúde da Mulher	Políticas de Saúde, Dentologia e legislação farmacêutica, Estágio em Sistema Público de Saúde	Promoção da Saúde, Epidemiologia, Organização da Atenção na Saúde e Clínicas integradas	Epidemiologia, Saúde Coletiva, Nutrição em Saúde Coletiva, Epidemiologia Nutricional e Estágio em Nutrição Social	Estágio em Atenção Básica, Políticas de Saúde e Saúde Mental	Assistência Farmacêutica, Estágio na Assistência Farmacêutica e Est. Em Programas estratégicos	Formação Integral em Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva, Estágio em S. Coletiva, Epidemiologia, Gestão do SUS e Estágio em Saúde Bucal na AB I ao IV	Formação Integral em Saúde, Avaliação Nutricional, Saúde Coletiva, Políticas e Programa de Nutrição, Est. Em Saúde Coletiva, Epidemiologia e Estudo Dirigido de Política Pública	Estágio em Saúde Mental		Ciclos de vida, Estágio em AB e Adultos e idosos na AB

Cenários de ensino-aprendizagem	Hospital Universitário, Hosp. Geral Público/ Privado/ Filantrópico / Especializado, UPA, UBS, USF, Posto municipal de saúde, Policlínicas especializadas, CAPS, CAPS-AD, CAPSi	Hospital Universitário, Hosp. Geral Público, UBS, escolas, atenção domiciliar, lar de idosos e creches	Hosp. Geral Público/ Privado, UBS, USF, Centros de Especialidades e Centro de Distribuição Farmacêutica	Hosp. Especializado, UBS, USF, escolas e asilos	Hospital Privado/ Filantrópico, UBS, USF, Policlínicas especializadas ambulatoriais, escolas, clínica de nutrição escola	Hospital Universitário, Hosp. Geral Público/ Privado/ Filantrópico/ Especializado, UPA, UBS, USF, Posto municipal de saúde, Policlínicas especializadas, CAPS, CAPS-AD, CAPSi, CRAS, ONGs, Delegacias, Clínica-escola	Hospital Universitário, UBS, USF, Policlínicas especializadas ambulatoriais,e escolas	Hospital Universitário, UBS, USF, UPA, escolas, clínica escola	Hospital Universitário, Hosp. Geral Público/ Privado/ Filantrópico, UBS, USF, escolas e clínica escola de nutrição.	Hospital Universitário, CAPS, CAPS-AD, CAPSi, escolas, empresas, CREAS, CRAS	Hospital Universitário, UPA, UBS, USF, Posto municipal de saúde, Policlínicas especializadas, CAPS, CAPS-AD, escolas, banco de leite humano, vigilância epidemiológica, asilos, creches, supermercados	Hospital Universitário, Hosp. Geral Público/ Privado/ Filantrópico/ Especializado, UPA, UBS, USF, Posto municipal de saúde, Policlínicas especializadas, CAPS, CAPS-AD, CAPS, escolas
Estrutura do Curso	Modular	Disciplinas									Modular	Disciplinas

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Em se tratando do conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo como sendo: (1) todo oferecido pelo curso para realizar a determinada ação; (2) parcialmente oferecido; (3) não oferecido pelo curso; ou como (4) não sei/tenho dúvidas.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações.

Tabela 3.Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da Baixada Cuiabana para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016

Curso	Média
Farmácia privada	1,44
Medicina privada	1,42
Fisioterapia privada	1,60
Enfermagem pública	1,70
Nutrição privada	1,49
Nutrição pública	1,84
Psicologia pública	2,40
Psicologia privada	1,88
Odontologia privada	1,31
Nutrição privada	1,10
Farmácia privada	1,19
Odontologia privada	1,31

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

As respostas resultaram em menor média para um dos cursos de Nutrição e um dos de Farmácia seguido pelos cursos de odontologia, o que significa dizer que, na percepção dos respondentes, esses cursos oferecem praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

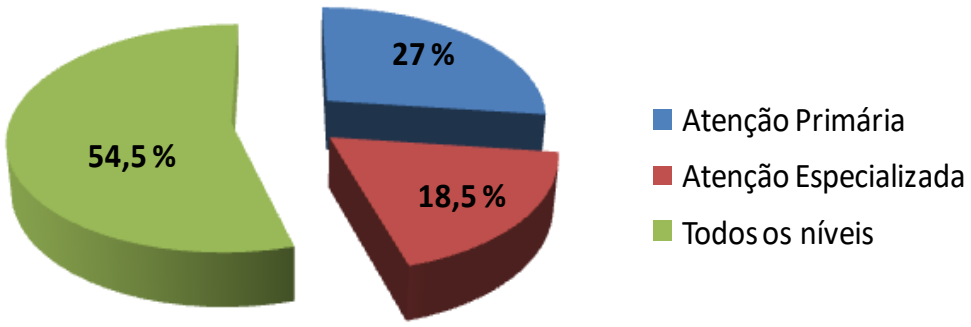
A maior média foi observada para um curso de psicologia, isto porque para muitas ações de saúde o respondente avaliou como 2, isto é, conteúdo oferecido parcialmente pelo curso para desenvolvimento da ação. Cabe destacar que se trata de um curso relativamente recente,

onde o próprio coordenador destaca as fragilidades para operacionalização do mesmo.

Com relação a um curso de medicina, este, segundo o respondente, apresenta boa oferta dos conteúdos listados com média de 1,42.

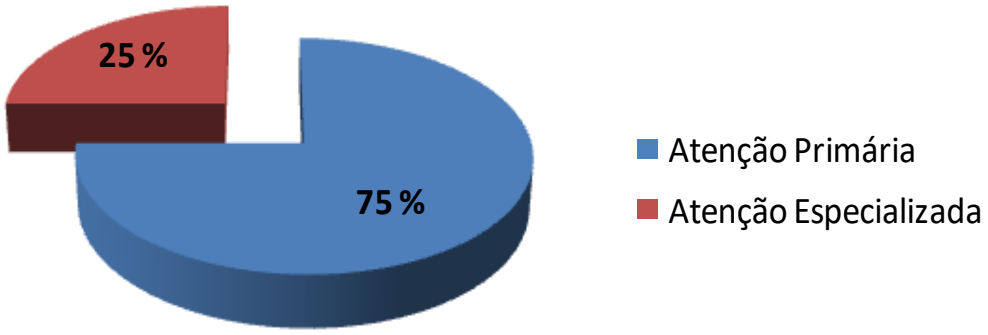
Ainda, especificamente com relação aos cursos de medicina, chamou a atenção o maior quantitativo de ações ligadas à atenção básica que foram consideradas como as que menos são ofertadas nesses cursos, ou ofertadas parcialmente, quando comparadas com ações do nível especializado. Os dois gráficos a seguir trazem um breve panorama da ausência e da parcialidade desses conteúdos nos três cursos de medicina analisados (Gráfico 1 e Gráfico 2):

Gráfico 1. Conteúdos oferecidos parcialmente pelos cursos de medicina da região de saúde Baixada Cuiabana, segundo nível de atenção. Brasil, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Gráfico 2. Conteúdos não oferecidos pelos cursos de medicina da região de saúde Baixada Cuiabana, segundo nível de atenção. Brasil, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Assim, nota-se que dentre os conteúdos menos ofertados no curso de medicina analisado, estão os desenvolvidos no âmbito da atenção primária (75%), já com relação aos conteúdos parcialmente oferecidos, maior parte diz respeitos à conteúdos relacionados com ações a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção, seguido pelos de atenção primária (54,5% e 27% respectivamente). Em contrapartida, parece haver oferta mais robusta dos conteúdos relacionados às ações realizadas nos níveis especializados.

Região Metropolitana de Porto Alegre (RS)

A Região Capital e Vale do Gravataí (RS) é conformada por munícipios, quais sejam: Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, e constitui-se como um cenário de estudo desta pesquisa, especificamente o município de Porto Alegre, capital do estado, dado que é o único município da região com cursos de saúde.

Entrevistas

No presente campo de pesquisa foram aplicados um total de 12 questionários, direcionados aos coordenadores de cursos, com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões, subdivididas em seis blocos. Neste campo foram aplicados os questionários relativos a todos os cursos pertencentes à pesquisa, com exceção da odontologia.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 20 a 24 de junho de 2016. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Foram analisados cursos de duas IES de natureza jurídica pública e uma de natureza privada.

Perfil dos respondentes

Dos 12 respondentes, 10 eram mulheres; a média de idade foi de 46 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados e destes, somente três possuem maior nível de formação o doutorado. O tempo de atuação no cargo gira em torno de 3 anos, sendo o tempo de cinco meses e o maior, 4 anos.

Caracterização da instituição de ensino e curso

O Quadro 24 traz a síntese com relação ao quantitativo de vagas ofertadas, percentual de preenchimento e perfil do processo seletivo. Observa-se especialmente que, segundo os coordenadores, a taxa de ociosidade não é um problema, conforme visto em outras regiões.

Quadro 24. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016

Informações	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Psicologia	Enfermagem	Farmácia	Fisioterapia	Enfermagem	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Fisioterapia
Vagas anuais	140	30	120	70	100	40	40	40	50	200	200	100
Preenchimento	100%				90%	100%						
Processo seletivo	Vestibular e ENEM				Vestibular	ENEM				Vestibular e ENEM		

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.

O Quadro 25 traz um panorama com relação a titulação dos docentes das três IES.

Quadro 25. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016

Titulação	Medicina[2]	Fisioterapia[2]	Farmácia[2]	Psicologia	Enfermagem[2]	Farmácia[1]	Fisioterapia[2]	Enfermagem[2]	Nutrição[2]	Psicologia[1]	Nutrição	Fisioterapia[2]
Especialização	23	0	0	NI	2	2	0	0	0	0	NI	0
Mestrado	24	0	2	NI	5	8	0	2	0	0	NI	9
Doutorado	194	16	53	NI	64	59	17	18	12	10	NI	1
Pós-Doutorado	0	0	5	NI	4	0	0	0	3	7	NI	0
Total	241	16	60	NI	75	69	17	20	15	17	NI	10

Fonte: Dados da pesquisa; 2016

[1] Considerando docentes de outras formações

[2] Considerando apenas os docentes da categoria profissional

Quadro 26. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Brasil, 2016

Informações sobre o PPP	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Psicologia	Enfermagem	Farmácia	Fisioterapia	Enfermagem	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Fisioterapia
Última atualização	2014	2016		2006	2012	2014	2013	2014	2015		2016	2016
Atores envolvidos na elaboração	NDE	NDE e equipe de	NDE	Equipe de discentes	NDE	Equipe de docentes	NDE, direção, equipe de professores Enfermagem: + Congrad também			NDE	NDE e equipe de	NDE
Previsão de atualização	Em atualização	Não	A cada 2 anos	2017	Não	2016	Em atualização	Não		Em atualização	Não	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016
**NDE (Núcleo Docente Estruturante)*

Todos os cursos referiam contemplar a atenção básica em seus currículos, contudo, observa-se que essa abordagem é bastante heterogênea entre os cursos. As aulas expositivas ainda se constituem na principal metodologia de ensino, no entanto cabe destacar a existência de cursos com metodologias ativas em andamento, como é o caso de um curso de fisioterapia (Quadro 27).

Com relação aos cenários de prática, muitos coordenadores afirmaram facilidade para inserção dos alunos na rede, em os níveis de atenção. Isso porque em Porto Alegre há uma divisão distrital dos campos de estágio, onde cada IES está responsável por determinadas regiões. Na percepção dos coordenadores este é um aspecto positivo e que tem evitado a competição por campos de estágios conforme visto em outras regiões de saúde antes visitadas. Para os que apontaram pontos negativos dessa organização, a justificativa foi no caso de determinada região não possuir alguns equipamentos (ex. ausência de CAPS), que

dificulta a inserção dos alunos e alocação para vivência em outra região.

A maior parte dos coordenadores, ainda, consideram que a atenção básica está contemplada no PPP para além das disciplinas eletivas, considerando esta como uma boa abordagem em linhas gerais.

Quadro 27. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde Porto Alegre, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016

Abordagem da AB	Medicina	Fisioterapia	Farmácia	Psicologia	Enfermagem	Farmácia	Fisioterapia	Enfermagem	Nutrição	Psicologia	Nutrição	Fisioterapia
Metodologias de ensino	Aulas expositivas	Metodologias ativas	Aulas expositivas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas e seminário integrador	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas	Aulas expositivas e aulas práticas
Período de abordagem	1,2,3 e 8	2 ao 8	1	2 ao 10	NI	1,2,3,7 e 9	1 ao 5	1,4,5,6,7 e 9	1,2,3,e 4	2, 3 e 4	4,5,6, e 7	4,5,6,9,e 10
Carga horária do curso	9175	4470	4590	4110	4181	5160	4925	4750	4380	4015	3214	4035
Disciplinas	Saúde di trabalhador, saúde coletiva, estágios e saúde e sociedade	Saúde coletiva e cidadania	Saúde coletiva e bioética	Saúde coletiva, estágios, Processos grupais, saúde do trabalhador	NI	Saúde coletiva, vivências na APS, assistência farmacêutica	Saúde coletiva, estágio em SC	Enfermagem em saúde coletiva I ao III, Vigilância em Saúde, Enf. Em saúde da mulher, da criança, saúde mental e estágio curricular obrigatório I	Saúde e cultura alimentar, antropologia e sociologia, saúde coletiva e estágios	Saúde Coletiva, Pol. Pública e PIC	PIC 1 e 2, saúde coletiva e estágio	Saúde coletiva, PIC 1 e 2 e estágio

Cenários de ensino-aprendizagem	Hospital público e universitário e especializado, UBS, PSF, , policlínicas, escolas e creches	Hospital universitário, UBS, PSF,	Hospital universitário e especializado, UBS, PSF, CAPS e CAPS-AD, CAPS-SI, Hospital dia, escolas, Farmácia escola e popular e indústria de alimentos	Hospital público e universitário e especializado, UBS, PSF, CAPS e escolas	Hospital universitário e especializado, UBS, PSF, CAPS e CAPS-AD, CAPS-SI, Hospital dia, escolas e pronto socorro	Hospital universitário, UBS, PSF,	Hospital universitário, UBS, PSF, e asilo	Hospital público e universitário e especializado, UBS, PSF, CAPS e CAPS-AD, CAPS-SI	Hospital universitário, UBS, PSF e escolas	Hospital universitário e especializado, UBS, PSF, CAPS e CAPS-AD, CAPS-SI, Hospital dia, escolas,	Hospitais e residências terapêuticas, asilos, escolas, restaurantes e hoteis	Hospital universitário, UBS, PSF, escolas
Estrutura do Curso	Disciplinas	Modular	Disciplinas									

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Perfil do egresso

Em se tratando do conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo como sendo: (1) todo oferecido pelo curso para realizar a determinada ação; (2) parcialmente oferecido; (3) não oferecido pelo curso; ou como (4) não sei/tenho dúvidas.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme Tabela 4:

Tabela 4.Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016

Curso	Média
Fisioterapia pública	1,38
Nutrição pública	1,43
Farmácia pública	1,79
Fisioterapia pública	1,58
Farmácia pública	1,35
Psicologia pública	2,20
Nutrição privada	1,27
Enfermagem pública	2,05
Psicologia privada	1,71
Fisioterapia privada	1,44
Enfermagem pública	1,22
Medicina pública	1,40

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

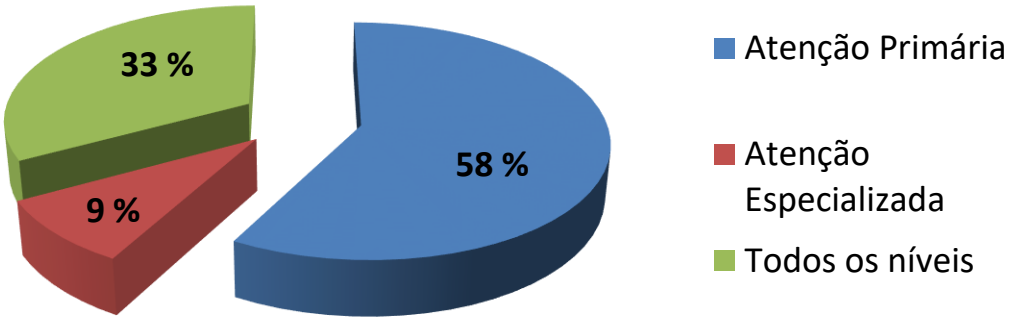
As respostas resultaram em menor média para um curso de Enfermagem público e o curso de Nutrição privado seguido pelos cursos de Farmácia e Fisioterapia, ambos públicos, o que significa dizer que, na percepção dos respondentes, esses cursos oferecem praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

A maior média foi observada para um curso de Psicologia público, isto porque para muitas ações de saúde o respondente avaliou como 2, isto

é, conteúdo oferecido parcialmente pelo curso para desenvolvimento da ação. Com relação ao curso de medicina, este segundo o respondente, apresenta boa oferta dos conteúdos listados com média de 1,40.

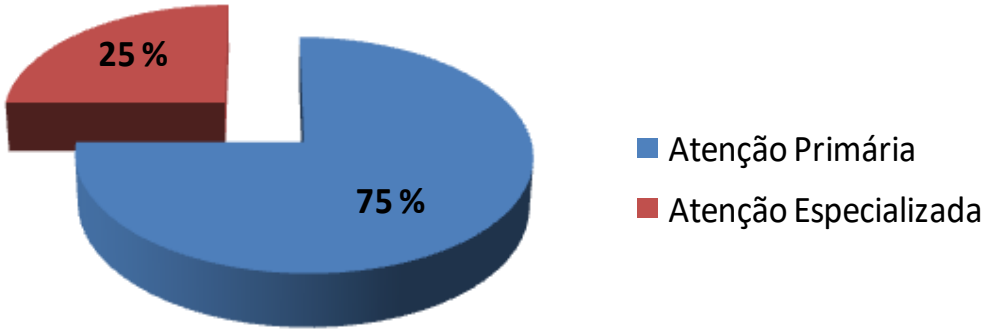
Ainda, especificamente com relação aos cursos de medicina, chamou a atenção o maior quantitativo de ações ligadas à atenção básica que foram consideradas como as que menos são ofertadas nesses cursos, ou ofertadas parcialmente, quando comparadas com ações do nível especializado. Os dois gráficos a seguir trazem um breve panorama da ausência e da parcialidade desses conteúdos nos três cursos de medicina analisados (Gráfico 3 e Gráfico 4):

Gráfico 3. Conteúdos oferecidos parcialmente pelos cursos de medicina da Região Metropolitana de Porto Alegre segundo nível de atenção. Brasil, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Gráfico 4. Conteúdos não oferecidos pelos cursos de medicina da Região Metropolitana de Porto Alegre segundo nível de atenção. Brasil, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Assim, nota-se que dentre os conteúdos menos ofertados no curso de medicina analisado, estão os desenvolvidos no âmbito da atenção primária (75%), assim como com relação aos conteúdos parcialmente oferecidos, maior parte diz respeitos a conteúdo da APS (58%), seguido pelas ações de todos os níveis. Em contrapartida, parece haver oferta mais robusta dos conteúdos relacionados às ações realizadas nos níveis especializados.

No presente campo de pesquisa foram aplicados um total de cinco questionários, direcionados aos coordenadores de cursos, com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões, subdivididas em seis blocos. Neste campo foram aplicados os questionários de psicologia, enfermagem e nutrição, entre os dias 12 a 16 de junho 2016. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos cinco respondentes, três eram mulheres; a média de idade foi de 47,6 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados e a maioria possuem como maior nível de formação o doutorado. Ainda, a maior parte atua na função de coordenador entre 2- 4,6 anos. O menor tempo de atuação foi de dois anos e o maior, sete anos.

Caracterização da instituição de ensino e curso

A amostra se compôs de cursos de uma universidade pública e de três privadas. Os municípios visitados foram Campos e Macaé.

Tabela 5.Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, tipo de processo seletivo e mensalidade dos cursos de graduação em saúde da região Norte Fluminense, Rio de Janeiro. Brasil, 2016

Informações	Enfermagem	Psicologia	Enfermagem	Nutrição	Enfermagem
Vagas anuais	80	100	100	100	480
Preenchimento	100%	80%	60%	100%	30%
Processo seletivo	ENEM	Vestibular, ENEM, Reingresso	Vestibular, ENEM, Reingresso	Vestibular, ENEM, Reingresso	Vestibular, ENEM, Reingresso
Mensalidade	-	780	-780	750	1.200

Fonte: Dados da pesquisa; 2016. Legenda: - não sabe ou não se aplica

Com relação ao alto percentual de preenchimento das vagas ofertadas pelos cursos, os coordenadores chamaram atenção para a evasão estudantil ao longo do curso, variando de 20 a 40% de acordo com os cursos. Contudo, este fenômeno é mais perceptível no curso de enfermagem de uma das instituições. Por este motivo, as universidades lançam mão de remanejamentos sucessivos para preenchimento das vagas, à exemplo do vestibular contínuo, ou seja, várias datas até o fechamento das matrículas e o reingresso do portador de diploma.

Como justificativa para o percentual de evasão ao longo do curso, o respondente de um curso de enfermagem privado citou a crise econômica da região, já que, no auge do petróleo, chegou a ter capacidade máxima de alunos. Porém, o mercado de trabalho e a baixa remuneração dos profissionais vêm acarretando uma diminuição da procura pelo curso.

Com relação ao perfil dos alunos, observou-se que maior parte é pertencente da própria região, seguida pelo quantitativo de alunos que pertencem ao estado. Um menor percentual vem de outros estados fora da grande região.

Com relação ao perfil docente, maior parte dos entrevistados referiu que estes são do próprio estado ou grande região. A tabela seguinte traz um panorama com relação a titulação dos docentes das quatro IES.

Tabela 6.Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde da Norte Fluminense. Brasil, 2016

Titulação	Pública	Privada	Privada	Privada	Privada
	Enfermagem	Psicologia	Enfermagem	Nutrição	Enfermagem
Especialização	1	1		2	6
Mestrado	20	16	20%	10	12
Doutorado	12	5	80%	12	8
Pós-Doutorado					
Total	**33**	**22**		**24**	**26**

Fonte: Dados da pesquisa; 2016.

Cabe destacar que todos os cursos estudados possuem em seu quadro docente profissionais de outras categorias que desenvolvem atividades no ciclo básico.

No que tange ao regime de contratação dos docentes, na pública todos são estatutários e a maior parte pratica 40h sem dedicação exclusiva. Nas universidades privadas, os docentes se dividem entre celetistas e horistas havendo carga horária de 10 e 40h.

A maioria dos enfermeiros dos cursos de enfermagem privados atuam também na assistência, cuja inserção se dá na rede pública e privada.

Estrutura curricular do curso

Com relação ao enfoque do curso, os cursos de enfermagem divergem, sendo as universidades privadas uma com ênfase na atenção básica e a outra com ênfase na hospitalar especializada, na pública há um equilíbrio entre elas.

O curso de psicologia, por sua vez, refere maior ênfase na clínica:

"ele está voltado pra atenção terciária porque a gente tem muita dificuldade de parceria com a Rede, com a Atenção básica".

A nutrição apresenta um enfoque na formação voltado para atenção hospitalar especializada, em razão da demanda do mercado de trabalho, segundo coordenador.

Tabela 7.Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da Norte Fluminense. Brasil, 2016

Informações sobre PPP	Pública	Privada			
	Enfermagem	Psicologia	Enfermagem	Nutrição	Enfermagem
Última atualização	2014	2013	2015	2015/2	2016
Atores envolvidos na elaboração	NDE	Equipe de docentes da Instituição	NDE	NDE + Colegiado	Coordenador + NDE + Colegiado

Dados da pesquisa, 2016 **NDE (Núcleo Docente Estruturante)*

A atenção básica está contemplada nos PPP de todos os cursos, e há uma boa entrada dos alunos nos campos de atenção básica para os cursos de enfermagem. Dentre as dificuldades encontradas pelo curso de psicologia na atenção básica, está a escassez de profissionais na rede básica para receber os alunos.

Em se tratando de abordagens metodológicas, as aulas expositivas são utilizadas por todos os cursos; as metodologias ativas também foram citadas por parte dos respondentes, mas o que se observa é que apesar da vontade, a dificuldade se dá especialmente para a concretização e institucionalização dessa metodologia. Alguns coordenadores referiram a relevância de haver treinamento dos docentes para esta finalidade.

Apesar da dificuldade de inserção nos cenários de práticas da APS, a abordagem da atenção básica se dá em diversos períodos a depender do curso, ao menos em sua expressão teórica.

Quadro 28. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2016

Abordagem da AB	Pública		Privada		
	Enfermagem	**Psicologia**	**Enfermagem**	**Nutrição**	**Enfermagem**
Metodologias de ensino	Aulas expositivas e práticas (PBL)	Aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas, aulas expositivas e práticas, vídeos e debates	Metodologias ativas, aulas expositivas e práticas, vídeos e debates	Aulas expositivas e metodologias ativas
Período de abordagem	1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 9º e 10º	1º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º	1º , 2º, 3º	1º	3º, 4º , 5º
Carga horária	450	440	2.125	560 +	465
	1485	410	-	100	-
Disciplinas	Saúde da Comunidade I, Saúde Comunidade II, Antropologia Cultural em Saúde, Saúde da Comunidade III, Sociologia em Saúde, Enfermagem, Cuidados Básicos Saúde à mulher, Enfermagem, Cuidados Básicos saúde Indígenas e Gr., Cuidados da Enfermagem I Adulto, Idoso, Família, Cuidados da Enfermagem II Adulto, Idoso, Família, Ética em enfermagem, Estágio Curricular em Comunidade II, Estágio Curricular em Comunidade III, Profissional de Enfermagem nos Serviços de Saúde	Psicologia e Saúde, Saúde Pública, Psicodiagnóstico, Psicologia Ins. Com., Psicologia Social, Psicologia em Instituições de Saúde, Psicologia e Direitos Humanos, Ética Profissional, Seminário Multiprofissional, Saúde do Trabalho, Estágio Supervisionado em Saúde I, Estágio Supervisionado em Saúde II, Estágio Supervisionado Profissional III, Enfermagem e Saúde da Mulher, Enfermagem e Saúde do Adulto e do idoso	Projeto Integrador I, Saúde Coletiva, Exercício da Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Projeto Integrador II, Projeto Integrador III, Enfermagem e Gerontologia, Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente, Relações Interpessoais e Grupais, Epidemiologia, Enfermagem em Saúde Coletiva, Políticas Públicas de Saúde	Projeto integrador I, Introdução a nutrição, Saúde Coletiva, Projeto Integrador II, Projeto Integrador III, Educação Nutricional, Epidemiologia, Avaliação Nutricional, Nutrição em Materno Infantil, Nutrição em Saúde Coletiva , Ética e Orientação Profissional, Estágio Supervisionado em Nutrição e Saúde Coletiva, Projeto Intergrador IV, Projeto Integrador V, Projeto Integrador VI	Sistematização da Assistência Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde da Mulher, Enfermagem na Clínica Médica, Saúde da Mulher, Epidemiologia, Saúde do Adulto, Idoso e mundo do trabalho, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Família

Cenários de ensino-aprendizagem	Hospital Geral Público, Hospital Geral Privado, Hospital Especializado, UBS, USF, Policlinicas, CAPS, CAPSAD, Escola, Associação de Moradores, Guarda mirim e guarda sênior	Hospital Geral Privado, Policlínica, CAPS, CAPSAD, Escola, Asilos, Creches, CRAS, CREAS	Hospitais; escolas, CAPS, Hospital Dia; UPA, UBS, Posto de saúde, CAPS, CAPSAD, CAPSI, Escola e pastoral da criança	Hospital Geral Público, UBS, USF, Posto municipal, policlínica, CAPS, escola	Hospital Geral público e privado, UBS, CAPS, CAPSAD, Hospital Psiquiátrico,
Estrutura do Curso	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de um profissional reflexivo, generalista e capaz de atender as especificidades da região. Uma exceção foi um curso de enfermagem privado que referiu uma formação com base hospitalar e especializada devido à realidade do mercado de trabalho regional.

Quadro 29. Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense. Brasil, 2016

Curso	Perfil do aluno
Enfermagem pública	"Perfil de enfermagem do aluno da UFRJ Macaé. Acho que um aluno pró ativo, mesmo aqueles que a gente tem que cutucar eles. Tem uma pró-atividade, eu percebo que eles têm criatividade. As vezes até demais e eu percebo também que eles tem um pensamento crítico reflexivo."
Enfermagem privada	"É um profissional capacitado sobre as atividades de coordenação, de educação em saúde e de gerência na assistência para atuação no SUS. Eles saem capacitados para isso.".
Nutrição privada	"Ele sai generalista".
Psicologia privada	"Ele sai voltado para a prática clínica".
Enfermagem privada	"Ele sai generalista."

. Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Em se tratando do conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo como sendo: (1) **todo oferecido** pelo curso para realizar a determinada ação; (2) **parcialmente oferecido**; (3) **não oferecido** pelo curso; ou como (4) **não sei/tenho dúvidas**.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme Tabela 2:

Tabela 8.Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde do Norte Fluminense/ RJ para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016

Curso	Média
Enfermagem privada	1,62
Enfermagem público	1,56
Nutrição privada	1,21
Enfermagem privada	2,08
Psicologia privada	2,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

As respostas resultaram em menor média para o curso de Nutrição, seguido pelo curso público de Enfermagem, o que significa dizer que, na percepção dos respondentes, esses cursos oferecem praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

A maior média foi observada para um curso de Enfermagem privado, isto porque para muitas ações de saúde o respondente avaliou como 2, isto é, conteúdo **oferecido parcialmente** pelo curso para desenvolvimento da ação. Dentre essas ações destacam-se: trabalho em equipe, grupos de educação, realização e orientação para imunização.

Dentre os cursos, o de psicologia também apresentou alta média com predominância de 2 (conteúdo parcialmente ofertado). Dentre os conteúdos parcialmente ofertados, destacam-se: Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde e Prescrição de medicamentos homeopáticos.

Escopo de prática

Com relação ao escopo de prática, observou-se heterogeneidade quanto à opinião dos respondentes. Contudo, pôde-se observar que as categorias não médicas tenderam a ser mais favoráveis e citaram menos restrições quanto ao compartilhamento de ações, por exemplo. Chamou também atenção com relação à enfermagem, que reconhece

a necessidade do compartilhamento e ampliação de práticas aos profissionais de enfermagem, porém, relatam um receio em relação ao não cumprimento das atividades obrigatórias, pois uma vez que ampliem haverá novas demandas.

O quadro 8 traz um panorama sobre opiniões dos respondentes acerca do escopo de prática. Para tal análise, optou-se pela análise de conteúdo segundo Bardin (2006). Na primeira etapa realizou-se a leitura flutuante de todo material fruto das transcrições das entrevistas. Posteriormente foram elencadas as categorias de análise seguindo o instrumento de coleta de dados, dividindo-os em suas respectivas subcategorias. Após leitura extensiva, os conteúdos das falas foram agrupados conforme as categorias de análises apresentadas. O eixo "unidade de registro" por fim, sintetiza a ideia exposta nas falas dos respondentes, seguida por sua fala na íntegra "unidade de contexto".

Quadro 30. Opinião dos respondentes sobre o escopo de prática. Brasil, 2016**.**

CURSO/IES	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Enfermagem público	Com receio em relação ao compartilhamento das ações. Mas favorável ao trabalho multidisciplinar.	*"Eu vejo com um pouco de receio. Não pela ação em si, porque a ação em si é muito individual. Que as vezes o cara se propõe ao compartilhamento. Porque muito das vezes o cara pode até ter a competência muito grande para fazer isso. Mas se a gente baseia uma ação em si, no individual a gente as vezes perde tudo. E eu acho que o grande barato d a interdisciplinaridade do caráter multidisciplinar das coisas é porque o outro vai ter mostrar uma perspectiva diferente. Que as vezes você nunca teria visto daquela forma."*
Enfermagem privada	O enfermeiro precisa fazer o trabalho dele bem feito. E, para compartilhar, o marco legal teria que ser mudado.	*"Mas ai tem a questão do protocolo, que o Ministério da Saúde. Que diz o que pode e o que não pode. Mas enfim com sinceridade o enfermeiro tem que fazer o que ele tem que fazer. A gente não pode ficar preocupado com o que o outro faz. Isso é um grande problema. Porque a gente acaba mexendo um pouco com essas pessoas."*
Enfermagem privada	Favorável	-
Nutrição privada	A favor desde que haja supervisão de um nutricionista no local	*"Eu sou a favor desde que isso seja bem orientado, e se tivesse um nutricionista lá, seria um compartilhamento. Por exemplo, é muito complicado, as atribuições específicas dos nutricionistas já estão tão pequenas e restritas, você ainda poder fazer com que outros profissionais possam exercê-las. Eu acho que tem que ser mais vinculado mesmo, igual no PAT."*
Psicologia privada	Favorável para as ações mais básicas e não muito específicas de cada categoria	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.
NR: Não referido.

Região Metropolitana (RJ)

No presente campo de pesquisa foram aplicados um total de 18 questionários, direcionados aos coordenadores de cursos, com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões, subdivididas em seis blocos.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 05 a 30 de setembro 2016. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

Perfil dos respondentes

Dos 18 respondentes, quatro são pertencentes à Região Metropolitana II e 14 à Metropolitana I. Com relação ao gênero, 12 eram mulheres; a média de idade foi de 50,8 anos; todos os coordenadores se formaram na área cujo curso estão vinculados e a maioria possui como maior nível de formação o doutorado. Ainda, a maior parte atua na função de coordenador entre 2 a 4,6 anos. O menor tempo de atuação foi de cinco meses e o maior, sete anos (Quadro 31).

Quadro 31. Perfil dos entrevistados da região de saúde Metropolitana I e II do estado do Rio de Janeiro. Brasil, 2017

Curso do entrevistado	Sexo	Nascimento	Formação	Titulação	Função na instituição	Tempo de atuação na função (em anos)
Medicina	Masculino	1963	Médico	Doutorado	Coordenador	0,6
Psicologia	Feminino	1952	Psicólogo	Pós-Doutorado	Coordenador	0,5
Odontologia	Masculino	1959	Dentista	Mestrado	Coordenador	5
Medicina	Feminino	1964	Médico	Doutorado	Coordenador	3
Enfermagem	Feminino	1968	Enfermeiro	Doutorado	Coordenador	3
Fisioterapia	Feminino	1971	Fisioterapeuta	Mestrado	Coordenador	2
Enfermagem	Feminino	1969	Enfermeiro	Mestrado	Coordenador	2,1
Enfermagem	Feminino	1965	Enfermeiro	Mestrado	Coordenador	1,6
Nutrição	Feminino	1965	Nutricionista	Especialista	Coordenador	0,5
Enfermagem	Masculino	1964	Enfermeiro	Doutorado	Coordenador	1
Fisioterapia	Masculino	1982	Fisioterapeuta	Doutorado	Coordenador	NR
Odontologia	Masculino	1962	Dentista	Doutorado	Coordenador	7
Enfermeira	Feminino	1949	Enfermeiro	Doutorado	Coordenador	0,25
Enfermagem	Feminino	1965	Enfermeiro	Pós-Doutorado	Coordenador	5
Fisioterapia	Feminino	NR	Fisioterapeuta	Doutorado	Coordenador	3
Psicologia	Feminino	1961	Psicólogo	Mestrado	Coordenador	1
Nutrição	Feminino	1976	Nutricionista	Pós-Doutorado	Coordenador	0,8
Enfermagem	Masculino	1980	Enfermeiro	Mestrado	Coordenador	0,8

Fonte: Dados da entrevista, 2016
NR=Não referido

Caracterização da instituição de ensino e curso

As instituições de ensino superior visitadas nas regiões Metropolitana I e II contabilizaram nove universidades públicas e nove privadas. Os municípios os quais as instituições de ensino pertencem foram: Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Niterói. Por questões de preservação da identidade dos coordenadores, os nomes das instituições de ensino foram suprimidos no presente relatório.

Caracterização da instituição de ensino e curso

Quadro 32. Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, tipo de processo seletivo e mensalidade dos cursos de graduação em saúde da região Metropolitana I e II, Rio e Janeiro. Brasil, 2016

Curso	Vagas anuais	Preenchimento	Processo seletivo
Medicina- Pública	-	100%	Vestibular
Psicologia- Pública	90	100%	Vestibular
Odontologia- Pública	90	NR	Vestibular
Medicina- Pública	160	100%	Vestibular
Enfermagem- Pública	120	50%	ENEM
Fisioterapia- Pública	88	100%	ENEM
Enfermagem- Privada	160	80%	ENEM
Enfermagem- Privada	120	100%	ENEM e Vestibular
Nutrição- Privada	400	95%	Vestibular e ENEM
Enfermagem- Privada	160	100%	Vestibular
Fisioterapia- Privada	120	70% (1º semestre); 30% (2º semestre)	Vestibular e ENEM
Odontologia- Privada	100	NR	Vestibular
Enfermagem- Pública		NR	Vestibular
Enfermagem- Pública	110	Mínima	Vestibular
Fisioterapia- Privada	96	60% Noite 50% Manhã	ENEM
Psicologia- Privada	480	100%	Vestibular e ENEM
Nutrição- Pública	88	100%	Vestibular
Enfermagem- Privada	400	70 %	Vestibular e ENEM

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.
NR: - não sabe ou não se aplica

Com relação ao alto percentual de preenchimento das vagas ofertadas pelos cursos, os coordenadores chamaram atenção para a evasão estudantil ao longo do curso, variando de 20% a 40% de acordo com os cursos. Um dos cursos de enfermagem (IES pública) está entre os que apresentou menor percentual de preenchimento. Por este motivo,

as universidades vêm lançando mão de remanejamentos sucessivos para preenchimento das vagas, à exemplo do vestibular contínuo, ou seja, várias datas até o fechamento das matrículas e o reingresso do portador de diploma.

Com relação ao perfil dos alunos, observou-se que a maior parte é pertencente da própria região, seguida pelo quantitativo de alunos que advém de outros municípios do estado. Um menor percentual vem de outros estados.

Com relação ao perfil docente, a maior parte é do próprio estado ou grande região onde se localiza o curso. No conjunto de cursos analisados, a proporção média de docentes doutores é de 54%; de docentes mestres é de 39%; e de especialistas é de 14%.

Todos os cursos estudados possuem, em seu quadro, docentes profissionais de outras categorias que desenvolvem atividades no ciclo básico.

No que tange ao regime de contratação dos docentes das instituições públicas prepondera a forma de contratação estatutária, com carga horária de 40h. Nas universidades privadas, os docentes se dividem entre celetistas e horistas, com carga horária de 10h/semana e de 40h/semana.

Cabe destacar que a maioria dos enfermeiros dos cursos de enfermagem privados atuam também na assistência, cuja inserção se dá na rede pública e privada.

Estrutura curricular do curso

No que tange à elaboração dos projetos políticos pedagógicos, a maior parte foram atualizados há, no máximo, quatro anos. Nos cursos de medicina, particularmente, esta atualização se deu após as novas DCN de 2013. O quadro abaixo traz um panorama deste cenário.

Quadro 33. Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da região Metropolitana I e II do Rio de Janeiro. Brasil, 2016

Curso	Última atualização do PPP	Atores envolvidos na elaboração
Medicina- Pública	2014	Direção
Psicologia- Pública	2007	Equipe de Docentes / Direção
Odontologia- Pública	2010	Equipe de docentes, Direção da Escola, NDE, alunos e técnicos administrativos
Medicina- Pública	2014	NDE
Enfermagem- Pública	2012	NDE / representante discente
Fisioterapia- Pública	2012	Equipe de docentes / NDE
Enfermagem- Privada	2016	Direção da escola / NDE / coordenação
Enfermagem- Privada	2015	NDE / Direção / Equipe de docentes
Nutrição- Privada	2015	Direção / NDE
Enfermagem- Privada	2016	NDE
Fisioterapia- Privada	2013	NDE / coordenação
Odontologia- Privada	2013	NDE
Enfermagem- Pública	NR	Equipe de Docentes / Direção
Enfermagem- Pública	2016	NDE / Corpo da escola
Fisioterapia- Privada	2016	NDE / Coordenador
Psicologia- Privada	2016	NDE
Nutrição- Pública	2012	NDE / Equipe de docentes
Enfermagem- Privada	2013	NDE

Dados da pesquisa, 2016
**NDE (Núcleo Docente Estruturante); NR=Não referido*

O próximo quadro traz uma síntese da estrutura curricular dos cursos analisados. Dos 18 cursos, 10 referiram adotar a metodologia tradicional de ensino baseada em matérias isoladas. Houve os que referiram uma combinação de práticas pedagógicas tradicionais e metodologias ativas de aprendizagem. Todos os cursos referiram contemplar a atenção básica em seus PPP. Os cenários de práticas mostraram-se variados, sendo a maior inserção em hospitais e unidades básicas de saúde.

Quadro 34. Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde da região Metropolitana I e II, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2017

Abordagem da AB	Metodologias de ensino	Carga horária	Cenários de ensino-aprendizagem
Medicina- Pública	Tradicional	9.000	Serviços de Emergência, Hospital, Hospital Dia, UPA, USF, Policlínica
Psicologia- Pública	Tradicional + Ativa	4.160	SPA, Hospital UPA, escola, Policlínica, CAPS
Odontologia- Pública	Tradicional + Ativa	NR	Hospital, Hospital Geral, Posto, Policlínica, escola
Medicina- Pública	NR	8.145	Hospital Geral, Hospital Dia, UBS, PSF, Posto, CAPS, CAPSi
Enfermagem- Pública	Ativa	4.065	Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Fisioterapia- Pública	Tradicional + Ativa	4.000	NR
Enfermagem- Privada	Tradicional	4.000	Abrigo para crianças, colônia Cristo Redentor, Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Enfermagem- Privada	Tradicional + Ativa	4.150	Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Nutrição- Privada	Tradicional	3.152	Empresas, creches e asilos, Hospital Geral, UPA, UBS, Posto
Enfermagem- Privada	Tradicional + Ativa	4.060	Home Care, Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Fisioterapia- Privada	NR	4.160	Asilos, empresas, Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Odontologia- Privada	Tradicional	4.200	Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Enfermagem- Pública	Tradicional	5.000	Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Enfermagem- Pública	Tradicional + Ativa	NR	Creche, Asilo, Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Fisioterapia- Privada	Tradicional	5.280	Laboratório, Clínica própria, Centro de reabilitação
Psicologia- Privada	Tradicional	4.000	Empresas de diferentes ramos
Nutrição- Pública	Tradicional	4.200	Creches, restaurante universitário, empresas privadas.
Enfermagem- Privada	Tradicional	4.400	Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia
Medicina- Pública	Tradicional	9.000	Serviços de Emergência, Hospital, Hospital Pública, UPA, CAPS, UBS, Posto, Hospital Dia

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de um profissional reflexivo, generalista e capaz de atender às especificidades da região.

Em se tratando do conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo, como sendo: (1) todo oferecido pelo curso para realizar a determinada ação; (2) parcialmente oferecido; (3) não oferecido pelo curso; ou como (4) não sei/tenho dúvidas.

As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme tabela abaixo.

Tabela 9. Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde da região de saúde Metropolitana I e II/ RJ para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2016

Curso	Média
Medicina- Pública	1,8
Psicologia- Pública	2,3
Odontologia- Pública	1,7
Medicina- Pública	1,8
Enfermagem- Pública	1,7
Fisioterapia- Pública	1,5
Enfermagem- Privada	1,4
Enfermagem- Privada	1,2
Nutrição- Privada	1,4
Enfermagem- Privada	1,3
Fisioterapia- Privada	1,4
Odontologia- Privada	1,9
Enfermagem- Pública	NR
Enfermagem- Pública	1,7
Fisioterapia- Privada	1,5
Psicologia- Privada	1,9
Nutrição- Pública	2,0
Enfermagem- Privada	2,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

As respostas resultaram em menor média para dois cursos de enfermagem privada e um de fisioterapia, o que significa dizer que, na

percepção dos respondentes, esses cursos oferecem praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

A maior média foi observada para o curso de psicologia de uma IES pública, nutrição pública e enfermagem privada, isto porque para muitas ações de saúde o respondente avaliou como 2, isto é, conteúdo oferecido parcialmente pelo curso para desenvolvimento da ação. Dentre essas ações destacam-se: trabalho em equipe, grupos de educação, realização e orientação para imunização.

Tais resultados demonstram heterogeneidade no que tange ao conteúdo dos cursos.

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Enfermagem

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) ( ) Outro. Especificar:_____
Enfermagem

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Enfermagem)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de enfermagem na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Enfermagem? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Enfermagem iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Enfermagem?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Enfermagem?

( ) Farmácia ( ) Medicina ( ) Nutrição

( ) Psicologia ( ) Odontologia ( ) Fisioterapia

( ) Assistência Social ( ) Educação Física ( ) Saúde Coletiva

( ) Biologia ( ) Biomedicina ( ) Fonoaudiologia

( ) Medicina Veterinária ( ) Terapia Ocupacional

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim. Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Enfermagem participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES

( ) Programa Universidade para Todos - ProUni

( ) Outros. Especifique: _____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____

_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____
_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

_____
_____

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____

( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam enfermagem nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

29. Qual a origem dos docentes do curso de enfermagem desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

30. Há docentes de outras formações que não enfermagem lecionando no curso?

- ○ Não
- ○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
  - ○ No ciclo básico
  - ◉ No ciclo profissionalizante
  - ○ Em disciplinas teóricas
  - ○ Em disciplinas práticas
  - ○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de enfermeiros que lecionam no curso? _____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	

Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Consultório privado
( ) Rede pública de saúde
( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de enfermagem?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de enfermagem
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de enfermagem prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

○ Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de enfermagem?

○ Sim

○ Sim. Apenas em disciplinas eletivas

○ Não

○ Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de enfermagem? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

○ Aulas expositivas

○ Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

○ Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

○ Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de enfermagem ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos?

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- Pró-Saúde
- Pet-Saúde
- VER-SUS
- Promed
- Outro(s). Especifique: _____

Não (Pule para a questão 53)

Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					

Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE ENFERMAGEM

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;
2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;
3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;
4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Consulta de enfermagem agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento domiciliar				
Atendimento à criança (puericultura)				
Avaliação antropométrica				
Atendimento de pré-natal de baixo risco				
Atendimento de pré-natal de alto risco				
Atendimento à pacientes psiquiátricos				
Acolhimento com classificação de riscos				
Acompanhamento de pacientes com doenças agudas				
Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas				
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com DST				
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids				
Solicitação de exames laboratoriais				
Interpretação de exames laboratoriais				
Solicitação de exames de imagem				
Interpretação de exames de imagem				
Prescrição de medicamentos previstos em protocolos institucionais				
Prescrição de antibióticos				

Prescrição de medicamentos para pacientes com doença pré-diagnosticada pelo médico				
Prescrição de anti-helmínticos				
Prescrição medicamentosa para hipertensos				
Prescrição medicamentosa para diabéticos				
Prescrição medicamentosa para pacientes em insuficiência respiratória aguda				
Prescrição de qualquer medicamento				
Administração de medicamentos				
Solicitação de ECG				
Realização de ECG				
Interpretação de ECG				
Realização de coleta de exame colpocitológico				
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças ginecológicas				
Realização de parto normal				
Realização de parto normal emergencial				
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças urológicas				
Realização de curativos				
Realização de drenagem de abscesso				
Realização de sutura				
Inserção de cateter superficial				
Inserção de cateter profundo				
Inserção de sondas nasogástricas e uretrais				
Realização de planejamento familiar				
Realização/orientação de imunização				
Planejamento e realização de campanha de vacinação				
Gerenciamento de Rede de Frio				
Gerenciamento de Central de Esterilização				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Realização de práticas integrativas (ex. acumputura)				
Orientação de ações de saúde bucal				
Tratamento de deficiências nutricionais				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Supervisão de outros profissionais				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos enfermeiros formados por este curso?

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

Agradecemos a sua participação.

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Farmácia

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

REGIÃO e REDES

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Farmácia ( ) Outro. Especificar:_____

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

○ Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Farmácia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de Farmácia na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Farmácia? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Farmácia iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Farmácia?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Farmácia?

( ) Enfermagem ( ) Medicina ( ) Nutrição
( ) Psicologia ( ) Odontologia ( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social ( ) Educação Física ( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia ( ) Biomedicina ( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária ( ) Terapia Ocupacional

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim.
Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Farmácia participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique: _____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____
_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____
_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____.

( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam Farmácia nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

29. Qual a origem dos docentes do curso de Farmácia desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

30. Há docentes de outras formações que não Farmácia lecionando no curso?

○ Não

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)

- ○ No ciclo básico
- ◉ No ciclo profissionalizante
- ○ Em disciplinas teóricas
- ○ Em disciplinas práticas
- ○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de farmacêuticos que lecionam no curso?

_____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula

Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Estabelecimento próprio
( ) Rede pública de saúde
( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de Farmácia?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de Farmácia
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de Farmácia prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

○ Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de Farmácia?

○ Sim

○ Sim. Apenas em disciplinas eletivas

○ Não

○ Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de Farmácia? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

○ Aulas expositivas

○ Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

○ Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

○ Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

_____

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de Farmácia ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

○ Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos?

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- ○ Pró-Saúde
- ○ Pet-Saúde
- ○ VER-SUS
- ○ Promed
- ○ Outro(s). Especifique: _____

○ Não (Pule para a questão 53)
○ Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					
Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE FARMÁCIA

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;

2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;

3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;

4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	**Avaliação**			
	1	**2**	**3**	**4**
Consulta farmacêutica individual				
Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde				
Realização de visitas domiciliares				
Realização de Projetos Terapêuticos Singular (PTS) em conjunto com a equipe de saúde				
Assistência farmacêutica de pacientes psiquiátricos				
Assistência farmacêutica de pacientes com doenças crônicas				
Assistência farmacêutica de pacientes nefropatas				
Assistência farmacêutica de pacientes com DST/Aids				
Emitir parecer farmacêutico a outros profissionais de saúde				
Avaliação e orientações sobre interações medicamentosas				
Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos				
Orientações sobre a prescrição de medicamentos previstos em protocolos institucionais				
Orientação sobre a prescrição de antibióticos				
Orientação ao paciente sobre a prescrição de qualquer medicamento e o uso correto do mesmo				
Orientação sobre a prescrição de medicamentos para pacientes com doença pré-diagnosticada				
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica				
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica				
Realizar transcrição de medicamentos				

Planejamento e avaliação de farmacoterapia				
Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos				
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Administração de medicamentos				
Executar procedimentos de inalação e nebulização				
Realizar punção venosa				
Realizar punção arterial				
Administrar medicamentos injetáveis				
Aferir glicemia capilar				
Aferir pressão arterial				
Perfurar lóbulo auricular				
Realizar curativos de pequeno porte				
Realização de práticas integrativas e complementares (exemplo: acupuntura)				
Gerenciamento de central de medicamentos				
Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde				
Elaborar lista de medicamentos padronizados				
Programar o abastecimento de medicamentos				
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde				
Qualificar fornecedores				
Notificar à ANVISA reações adversas				
Notificar à ANVISA queixas técnicas				
Distribuir medicamentos				
Realizar inventário de estoque				
Fracionar medicamentos				
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo				
Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo				
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde				
Realizar acolhimento				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Realização de grupos para orientações sobre assistência farmacêutica				
Realizar coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade				
Controlar a validade dos medicamentos da UBS				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				

Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação (exemplo: farmácia popular)				
Apoio matricial de profissionais / equipes de saúde da família				
Supervisão de outros profissionais				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos farmacêuticos formados por este curso?

_____

_____

_____

_____

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

_____

_____

_____

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Fisioterapia

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

REGIÃO e REDES

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador: _____ Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Fisioterapia ( ) Outro. Especificar:_____

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

○ Mestrado em: _____

○ Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Fisioterapia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____

_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____

_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de Fisioterapia na Instituição?

_____

_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Fisioterapia? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Fisioterapia iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Fisioterapia?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Fisioterapia?

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Nutrição
( ) Psicologia	( ) Odontologia	( ) Enfermagem
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim. Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Fisioterapia participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES

( ) Programa Universidade para Todos - ProUni

( ) Outros. Especifique: _____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

_____

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____

( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam Fisioterapia nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique:

_____

29. Qual a origem dos docentes do curso de Fisioterapia desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique:

_____

30. Há docentes de outras formações que não Fisioterapia lecionando no curso?

○ Não

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)

- ○ No ciclo básico
- ◉ No ciclo profissionalizante
- ○ Em disciplinas teóricas
- ○ Em disciplinas práticas
- ○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de fisioterapeutas que lecionam no curso?

_____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim
( ) Consultório privado
( ) Rede pública de saúde
( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de Fisioterapia?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de Fisioterapia
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de Fisioterapia prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de Fisioterapia?

Sim

Sim. Apenas em disciplinas eletivas

Não

Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de Fisioterapia? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Aulas expositivas

Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de Fisioterapia ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

○ Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos? _____

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- ○ Pró-Saúde
- ○ Pet-Saúde
- ○ VER-SUS
- ○ Promed
- ○ Outro(s). Especifique: _____

○ Não (Pule para a questão 53)

○ Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					

Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE FISIOTERAPIA

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;
2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;
3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;
4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Avaliação fisioterapêutica agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Realização de diagnóstico cinético-funcional				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento domiciliar				
Estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida				
Estimulação precoce e do desenvolvimento psicomotor				
Tratamento fisioterapêutico de doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais				
Orientação de pais /cuidadores para prevenção de disfunções em todas as faixas etárias				
Prevenção e tratamento de alterações posturais e musculoesqueléticas				
Realização do fisiodiagnóstico do desenvolvimento infantil				
Atendimento fisioterapêutico em casos de sequelas de acidentes				
Atendimento fisioterapêutico em casos de sequelas de violência doméstica/urbana				
Atendimento fisioterapêutico à gestante (pré/peri/pós-parto)				
Orientar a mãe quanto aos cuidados com o recém-nascido				
Prevenir e tratar disfunções urológicas e sexuais				

Realizar ações de promoção e prevenção de lesões relacionadas ao esporte				
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico do paciente com DPOC				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico do paciente com cardiopatias				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico em pacientes diabéticos (neuropatia diabética)				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico em pacientes com hanseníase				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico em pacientes oncológicos				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico pacientes psiquiátricos				
Realização de práticas integrativas e complementares (exemplo: acupuntura)				
Realização de terapias manuais e manipulativas (Exemplo: RPG, osteopatia e quiropraxia)				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico de doenças neurológicas/ doenças osteomusculares/doenças respiratórias				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico para utilização funcional de órteses e próteses				
Realizar avaliação e atendimento fisioterapêutico de doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER)				
Solicitação de exames de imagem				
Interpretação de exames de imagem				
Prescrição de anti-inflamatórios				
Prescrição de analgésicos				
Prescrição de medicamentos em geral				
Prescrição de nebulização com medicação				
Prescrição de nebulização sem medicação				
Administração de medicamentos				
Realização de imobilização ortopédica				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Realizar orientações ergonômicas para atividades diárias, escolas, empresas.				
Prevenção, avaliação e tratamento fisioterapêutico de Doenças Relacionadas ao Trabalho (DORT)				
Orientação de cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional				

Realizar referência e contrarreferência de pacientes				
Realização de ações intra e intersetoriais da rede assistencial (hospital, centros de referência, escolas, etc)				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Realização de atividades coletivas/grupos específicos				
Apoio matricial/equipes de saúde				
Realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS)				
Supervisão de outros profissionais				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos fisioterapeutas formados por este curso?

_____

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

_____

_____

_____

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Medicina

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

REGIÃO e REDES

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Medicina ( ) Outro. Especificar:_____

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Medicina)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de medicina na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Medicina? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Medicina iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Medicina?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Medicina?

( ) Farmácia ( ) Enfermagem ( ) Nutrição

( ) Psicologia ( ) Odontologia ( ) Fisioterapia

( ) Assistência Social ( ) Educação Física ( ) Saúde Coletiva

( ) Biologia ( ) Biomedicina ( ) Fonoaudiologia

( ) Medicina Veterinária ( ) Terapia Ocupacional

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim. Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Medicina participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique: _____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____

_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____

_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

_____

_____

25. A instituição de ensino enviou proposta para abertura de novos cursos de medicina pelo Programa Mais Médicos? (Apenas para os municípios pré-selecionados pelo Governo Federal)

( ) Não ( ) Sim
( ) Foi aprovado. Quantas vagas foram autorizadas?_____
( ) Não foi aprovado
( ) Outros. Especifique: _____

26. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

27. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

28. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____

( ) Outro. Especifique: _____

29. Qual a origem dos alunos que cursam medicina nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique:

_____

30. Qual a origem dos docentes do curso de medicina desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique:

_____

31. Há docentes de outras formações que não medicina lecionando no curso?

- Não
- Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
  - No ciclo básico
  - No ciclo profissionalizante
  - Em disciplinas teóricas
  - Em disciplinas práticas
  - Outro. Especifique:

    _____

32. Qual a proporção de médicos que lecionam no curso?

_____

33. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

34. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

35. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

36. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

37. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Consultório privado
( ) Rede pública de saúde
( ) Rede privada de saúdeif

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

38. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de medicina?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de medicina
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

39. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso até 2018?

_____

_____

41. Na sua avaliação, o curso de medicina prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa

- Docência
- Outro. Especifique: _____

42. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

43. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de medicina?

- Sim
- Sim. Apenas em disciplinas eletivas
- Não
- Não sei

44. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de medicina? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

- Aulas expositivas
- Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates
- Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)
- Outro (s). Especifique: _____

45. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim ( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

46. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

_____

47. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

48. Como você avalia a matriz curricular do curso de medicina ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

49. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

○ Outro(s). Especifique: _____

50. Qual o sistema de avaliação dos alunos?

_____

_____

51. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- ○ Pró-Saúde
- ○ Pet-Saúde
- ○ VER-SUS
- ○ Promed
- ○ Outro(s). Especifique: _____

○ Não (Pule para a questão 53)

○ Não sei informar (Pule para a questão 53)

52. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					

Outro. Especifique:					
Outro. Especifique:					

53. Quais são as suas expectativas com relação às novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina instituídas em 2014?

53.1 Para o ensino

- ○ Vai mudar o ensino da medicina
- ○ Vai mudar pouco o ensino da medicina
- ○ Não vai mudar o ensino da medicina

Justifique:

_____

53.2 Para a prática

- ○ Vai provocar alterações na prática da medicina
- ○ Não vai provocar alterações na prática da medicina
- ○ Não vai mudar a prática da medicina

Justifique:

_____

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE MEDICINA

54. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;

2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;

3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;

4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Consulta agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento domiciliar				
Atendimento à criança (puericultura)				
Atendimento de pré-natal				
Atendimento a pacientes psiquiátricos				
Atendimento a pacientes com doenças infecciosas				
Atendimento a pacientes com tuberculose				
Atendimento a pacientes com hanseníase				
Atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda				
Aconselhamento, acompanhamento e tratamento de pacientes com DST/Aids				
Interpretação de exames laboratoriais				
Interpretação de exames de imagem				
Interpretação de ECG				
Prescrição medicamentosa para doenças agudas				
Prescrição medicamentosa para doenças crônicas				
Realização de coleta de exame colpocitológico				
Realização do teste da orelhinha				
Realização de fundoscopia				
Realização de otoscopia				
Realização de parto normal				
Realização de parto normal emergencial				

Realização/orientação de imunização				
Realização de drenagem de abscessos, suturas e curativos				
Realização de imobilização ortopédica				
Inserção de cateter superficial				
Inserção de cateter profundo				
Inserção de sonda uretral				
Inserção de sondas nasogástricas				
Realização de planejamento familiar				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Tratamento de micoses				
Tratamento de dermatites				
Tratamento de verminoses				
Tratamento de deficiências nutricionais				
Orientação de ações de saúde bucal				
Realização de práticas integrativas (ex. acupuntura)				
Realização de anestesia local				
Realização de injeção subcutânea				
Realização de injeção intramuscular				
Realização de ações de promoção da saúde				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Gestão da Atenção Primária à Saúde				
Gestão da Atenção Hospitalar				

55. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos médicos formados por este curso?

_____

56. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Nutrição

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

REGIÃO e REDES

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Nutrição ( ) Outro. Especificar:_____

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Nutrição)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de Nutrição na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Nutrição? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Nutrição iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Nutrição?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Nutrição?

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Odontologia
( ) Psicologia	( ) Enfermagem	( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim.
Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Nutrição participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:
_____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____

_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____

_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

_____

_____

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____.
( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam Nutrição nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

29. Qual a origem dos docentes do curso de Nutrição desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

30. Há docentes de outras formações que não Nutrição lecionando no curso?

- Não
- Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)

- ○ No ciclo básico
- ◉ No ciclo profissionalizante
- ○ Em disciplinas teóricas
- ○ Em disciplinas práticas
- ○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de nutricionistas que lecionam no curso?

_____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Consultório privado
( ) Rede pública de saúde

( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de Nutrição?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de Nutrição
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de Nutrição prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de Nutrição?

Sim

Sim. Apenas em disciplinas eletivas

Não

Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de Nutrição? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Aulas expositivas

Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de Nutrição ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos? _____

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- Pró-Saúde
- Pet-Saúde
- VER-SUS
- Promed
- Outro(s). Especifique: _____

Não (Pule para a questão 53)

Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					

Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE NUTRIÇÃO

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;
2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;
3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;
4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Consulta de nutrição agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Consulta multiprofissional (projeto terapêutico)				
Atendimento de urgência e emergência				
Avaliação nutricional em domicílio				
Orientação e acompanhamento de procedimentos especiais em domicílio				
Avaliação nutricional à criança				
Avaliação nutricional à gestante				
Avaliação nutricional ao idoso				
Avaliação nutricional e antropométrica de pacientes psiquiátricos				
Avaliação nutricional e antropométrica de pacientes com doenças agudas				
Avaliação nutricional e antropométrica de pacientes com doenças crônicas				
Avaliação nutricional e antropométrica de pacientes graves				
Avaliação nutricional e antropométrica pré e pós-operatório				
Solicitação de exames laboratoriais				
Interpretação de exames laboratoriais				
Prescrição de suplementos alimentares				

Prescrição de fitoterápicos				
Prescrição de medicamentos em geral				
Acompanhamento do uso de medicamentos prescritos para doenças crônicas (interação droga/nutrientes)				
Acompanhamento do uso de medicamentos prescritos para doenças agudas (interação droga/nutrientes)				
Avaliação de interação de medicamentosa				
Orientação e realização de nutrição enteral				
Orientação e realização de nutrição parenteral				
Realização/orientação de imunização				
Inserção de cateter superficial				
Inserção de sondas nasogástricas e nasoenterais				
Avaliação e acompanhamento das condições de saúde do Programa Bolsa Família				
Avaliação e acompanhamento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes				
Vigilância alimentar e nutricional da população de um território				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Orientação de ações de saúde bucal				
Realização de ações de promoção da saúde				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Gestão de unidades de alimentação e nutrição				
Gestão de unidades de saúde				
Apoio matricial de profissionais / equipes de saúde da família				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos nutricionistas formados por este curso?

_____

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

_____

EPSM
ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Questionário Instituição de Ensino Odontologia

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

REGIÃO e REDES

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) ( ) Outro. Especificar:_____
Odontologia

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo
○ Residência em: _____
○ Especialização em: _____
○ Mestrado em: _____

○ Doutorado em: _____

○ Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Odontologia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de Odontologia na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Odontologia? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Odontologia iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Odontologia?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Odontologia?

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Nutrição
( ) Psicologia	( ) Enfermagem	( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim.
Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Odontologia participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:
_____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____

_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____

_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

_____

_____

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____

( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam Odontologia nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

29. Qual a origem dos docentes do curso de Odontologia desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

30. Há docentes de outras formações que não Odontologia lecionando no curso?

- Não
- Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
  - No ciclo básico
  - No ciclo profissionalizante

○ Em disciplinas teóricas ○ Em disciplinas práticas

○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de cirurgiões-dentistas que lecionam no curso? _____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula

Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Consultório privado

( ) Rede pública de saúde

( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de Odontologia?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de Odontologia
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de Odontologia prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de Odontologia?

Sim

Sim. Apenas em disciplinas eletivas

Não

Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de Odontologia? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Aulas expositivas

Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de Odontologia ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

○ Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos?_____

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- ○ Pró-Saúde
- ○ Pet-Saúde
- ○ VER-SUS
- ○ Promed
- ○ Outro(s). Especifique: _____

○ Não (Pule para a questão 53)

○ Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					

Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE ODONTOLOGIA

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;

2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;

3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;

4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Consulta agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento domiciliar				
Atendimento à criança (odontopediatria)				
Atendimento a gestantes				
Atendimento a pacientes psiquiátricos				
Atendimento a pessoas com necessidades especiais				
Aplicação de cariostático				
Aplicação tópica de fluor				
Aplicação de selante				
Evidenciação de placa bacteriana				
Realização de profilaxia/remoção de placa bacteriana				
Raspagem/alisamento e polimento supragengivais				
Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária				
Instalação de prótese dentária				
Adaptação de próteses dentárias				
Cimentação de prótese				
Clareamento				
Capeamento pulpar				
Drenagem de abscesso				
Realização de curativo de demora				
Realização de sutura				
Retirada de pontos de cirurgias				

Exodontia de dente decíduo				
Exodontia de dente permanente				
Realização de radiografias periapical/interproximal				
Restauração de dente decíduo				
Restauração de dentes permanentes				
Selamento de cavidade dentária				
Tratamento de periodontia				
Tratamento de alveolite				
Tratamento ortodôntico				
Ulotomia/Ulectomia				
Pulpotomia dentária				
Implante dentário				
Biópsia				
Sondagem de bolsa				
Endodontia unirradicular				
Endodontia de molares				
Cirurgia periapical				
Cirurgia periodontal				
Realização de práticas integrativas (ex. acumputura)				
Realização de anestesia local				
Realização de grupos de educação em saúde para orientação de higiene bucal dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde para orientação de higiene bucal fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Supervisão de outros profissionais				
Gestão de equipamentos, materiais e insumos				
Gestão de Central de Esterilização				
Gestão de unidades de saúde				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos cirurgiões-dentistas formados por este curso?

_____

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

_____

Questionário Instituição de Ensino Psicologia

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 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).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Questionário de pesquisa

Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador:

_____

Data: _____

BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

○ Feminino ○ Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? _____

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Psicologia ( ) Outro. Especificar:_____

4. Em que ano você se formou? _____

5. Qual o seu maior nível de formação?

○ Superior Completo

○ Residência em: _____

○ Especialização em: _____

○ Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

Pós-Doutorado em: _____

6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Psicologia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

Outro: Especificar:_____

7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? _____

8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

( ) Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação:_____

( ) Não

BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

_____
_____

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

_____
_____

11. Há quanto tempo funciona o curso de Psicologia na Instituição?

_____
_____

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? _____

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Psicologia? _____

15. Em que ano e semestre o Curso de Psicologia iniciou as atividades?

_____

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Psicologia?

_____

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Psicologia?

( ) Farmácia ( ) Medicina ( ) Nutrição
( ) Enfermagem ( ) Odontologia ( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social ( ) Educação Física ( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia ( ) Biomedicina ( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária ( ) Terapia Ocupacional

18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?

( ) Não ( ) Sim.
Especifique:_____

19. Qual período de funcionamento do curso?

○ Integral ○ Matutino ○ Vespertino ○ Noturno ○ Quinzenais

20. Qual o valor da mensalidade?

_____

21. O Curso de Psicologia participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique: _____

22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

_____
_____

23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

_____
_____

24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)

25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: _____

26. Qual a peridiocidade do processo seletivo?

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: _____

27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? _____

( ) Outro. Especifique: _____

28. Qual a origem dos alunos que cursam Psicologia nesta instituição? (Marque quantas forem necessárias)

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

29. Qual a origem dos docentes do curso de Psicologia desta instituição?

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: _____

30. Há docentes de outras formações que não Psicologia lecionando no curso?

- ○ Não
- ○ Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
  - ○ No ciclo básico
  - ◉ No ciclo profissionalizante
  - ○ Em disciplinas teóricas
  - ○ Em disciplinas práticas
  - ○ Outro. Especifique: _____

31. Qual a proporção de nutricionistas que lecionam no curso?

_____

32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

33. Quais as formas de contratação dos docentes?

( ) Horista ( ) Celetista ( ) Temporário ( ) Convidado ( ) Estatutário

( ) Outro. Especifique: _____

34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?

( ) 10 h ( ) 20 h ( ) 30 h ( ) 40 h

35. Qual a remuneração dos docentes?

Graduação _____hora/aula
Especialização _____hora/aula
Mestrado _____hora/aula
Doutorado _____hora/aula
Pós-Doutorado _____hora/aula

36. Todos os docentes atuam na assistência?

( )Não ( )Sim

( ) Consultório privado
( ) Rede pública de saúde

( ) Rede privada de saúde

BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de Psicologia?

- ○ Equipe de docentes da instituição
- ○ Direção da escola de Psicologia
- ○ Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- ○ Consultoria externa.
- ○ Parceria com outra instituição de ensino
- ○ Não sabe
- ○ Outro. Especifique: _____

38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?

_____

_____

40. Na sua avaliação, o curso de Psicologia prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):

- ○ Na atenção hospitalar/especializada
- ○ Na atenção básica
- ○ No gerenciamento de serviços
- ○ Pesquisa
- ○ Docência

Outro. Especifique: _____

41. Qual é a carga horária total do curso? _____horas

42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de Psicologia?

Sim

Sim. Apenas em disciplinas eletivas

Não

Não sei

43. Quais estratégicas de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de Psicologia? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Aulas expositivas

Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates

Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)

Outro (s). Especifique: _____

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

( ) Os docentes do curso ( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique: _____

45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?

46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.

Período	Nome da Disciplina	Carga horária teórica	Carga horária prática

47. Como você avalia a matriz curricular do curso de Psicologia ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas

Outro(s). Especifique: _____

49. Qual o sistema de avaliação dos alunos?

_____

_____

50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?

Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- Pró-Saúde
- Pet-Saúde
- VER-SUS
- Promed
- Outro(s). Especifique: _____

Não (Pule para a questão 53)

Não sei informar (Pule para a questão 53)

51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?

Estratégias	Bom	Regular	Insuficiente	Não modificou	Não sabe
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					
Outro. Especifique:					

BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE PSICOLOGIA

52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;

2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;

3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;

4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	**Avaliação**			
	1	**2**	**3**	**4**
Consulta de psicologia agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde				
Realizar psicodiagnósticos em geral				
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência				
Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais				
Visita domiciliar				
Acolhimento com classificação de riscos				
Identificar situações de risco psicossocial				
Auxiliar pacientes durante reinserção social				
Atendimento familiar e/ou de casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico				
Atendimento à criança com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos				
Acompanhamento psicológico de gestantes				
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive em hospitais psiquiátricos				
Acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos				
Atendimento à população em situação de rua				
Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência				
Atuação junto aos conselhos tutelares				
Solicitação de exames laboratoriais				

Interpretação de exames laboratoriais				
Prescrição de medicamentos previstos em protocolos institucionais				
Prescrição de fitoterápicos				
Prescrição de medicamentos homeopáticos				
Orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (Ex: intoxicação/impregnação)				
Realização de práticas alternativas e complementares (Exemplo: acupuntura)				
Encaminhamentos a serviços especializados, quando necessário (referência /contrarreferência)				
Orientação da equipe de saúde sobre cuidados paliativos				
Realizar educação permanente junto à equipe de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Supervisão de outros profissionais				
Apoio matricial de profissionais / equipes de saúde da família				
Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)				
Realização de ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como: CRAS, creches, escolas.				

53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos psicólogos formados por este curso?

_____

54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?

_____

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume IV - Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS

Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador - ETAC

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Março 2017

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IMS Instituto de Medicina Social
Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIR	Comissão Intergestores Regional
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializada de Assistência Social
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ECG	Eletrocardiograma
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ETAC	Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador
IES	Instituições de ensino superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministérios da Educação
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PPD	Derivado proteico derivado
PPP	Projeto Político Pedagógico
RPG	Reeducação postural global
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SIGRAS	Sistema de Indicadores de Graduações em Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDAH	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

Lista de quadros e figuras

Quadro 1	Identificação dos blocos do questionário para entrevista telefônica assistida por computador com coordenadores de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2015	17
Figura 1	Mapa distributivo dos municípios brasileiros de localização dos cursos incluídos no estudo. Brasil, 2016	23

Lista de tabelas

Tabela 1	Universo de cursos, amostra, número de registros nas reposições, total de escolas contatadas e taxa de resposta, segundo curso de graduação. Brasil, 2015-2016	19
Tabela 2	Distribuição do número de cursos contatados segundo situação da entrevista. Brasil, 2015-2016	19
Tabela 3	Número de entrevistas realizadas por curso de graduação. Brasil, 2015-2016	21
Tabela 4	Distribuição percentual dos cursos de graduação por grandes regiões. Brasil, 2015-2016	22
Tabela 5	Distribuição percentual dos cursos de graduação por porte populacional. Brasil, 2015-2016	22
Tabela 6	Distribuição percentual dos cursos de graduação em saúde por natureza jurídica da instituição de ensino superior. Brasil, 2015-2016	24
Tabela 7	Oferta total e média de vagas e percentual médio de vagas preenchidas anualmente. Brasil, 2015-2016	24
Tabela 8	Fatores relacionados ao não preenchimento total das vagas por curso, segundo percentual de citações. Brasil, 2015-2016	25
Tabela 9	Percentual de respondentes por sexo. Brasil, 2015-2016	26
Tabela 10	Média de idade dos respondentes. Brasil, 2015-2016	26
Tabela 11	Número de respondentes por área de formação. Brasil, 2015-2016	27
Tabela 12	Tempo médio de formação (em anos) dos respondentes. Brasil, 2015-2016	27
Tabela 13	Percentual de entrevistados por maior nível de formação profissional. Brasil, 2015-2016	28
Tabela 14	Distribuição dos entrevistados por cargo. Brasil, 2015-2016	28
Tabela 15	Tempo médio (em anos) no cargo de coordenação/direção. Brasil, 2015-2016	29
Tabela 16	Percentual de cursos por origem da maior parte dos alunos. Brasil, 2015-2016	30

Tabela 17	Percentual de cursos por origem da maior parte do corpo docente. Brasil, 2015-2016	31
Tabela 18	Distribuição percentual de cursos quanto à consultoria externa na elaboração do Projeto Político Pedagógico. Brasil, 2015-2016	32
Tabela 19	Período da última modificação ou atualização do Projeto Político Pedagógico do curso. Brasil, 2015-2016	32
Tabela 20	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de medicina. Brasil, 2015-2016 (n=125)	33
Tabela 21	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)	34
Tabela 22	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de farmácia. Brasil, 2015-2016 (n=94)	34
Tabela 23	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de fisioterapia. Brasil, 2015-2016 (n=87)	34
Tabela 24	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de nutrição. Brasil, 2015-2016 (n=76)	34
Tabela 25	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de odontologia. Brasil, 2015-2016 (n=63)	35
Tabela 26	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de psicologia. Brasil, 2015-2016 (n=88)	35
Tabela 27	Formas de organização da estrutura curricular dos cursos por área de formação. Brasil, 2015-2016	36
Tabela 28	Percentual proporcional de cursos cujos currículos contemplam atividades integradas e compartilhadas com outros cursos, segundo natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior. Brasil, 2015-2016	36
Tabela 29	Carga horária média por curso de graduação segundo tipo de conteúdo/atividade. Brasil, 2015-2016	37
Tabela 30	Carga horária média por curso e natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior, segundo tipo de conteúdo/atividade. Brasil, 2015-2016	37
Tabela 31	Percentual de cursos de graduação em saúde segundo utilização de cenários de atividades práticas e de estágios. Brasil, 2015-2016	40
Tabela 32	Percentual de cursos de graduação em saúde segundo atores que acompanham os alunos nos cenários de prática e estágios. Brasil, 2015-2016	41
Tabela 33	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de	43

	medicina, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	
Tabela 34	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem ações gerenciais de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	43
Tabela 35	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem procedimentos selecionadas. Brasil, 2015-2016	45
Tabela 36	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem procedimentos de apoio diagnóstico selecionados. Brasil, 2015-2016	46
Tabela 37	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de médicos especialistas por médicos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	47
Tabela 38	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os médicos pudessem executar tarefas de competência de médicos especialistas no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	47
Tabela 39	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos especialistas, caso os médicos pudessem executar tarefas de competência de médicos especialistas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	47
Tabela 40	Ações médicas especializadas que poderiam ser realizadas por médicos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=106)	49
Tabela 41	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em enfermagem, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	51

Tabela 42	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016	51
Tabela 43	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016	52
Tabela 44	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016	54
Tabela 45	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por enfermeiros no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	55
Tabela 46	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	55
Tabela 47	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	56
Tabela 48	Ações médicas que poderiam ser realizadas por enfermeiros no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)	56
Tabela 49	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em farmácia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	58
Tabela 50	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem competências durante a graduação em farmácia. Brasil, 2015-2016	59

Tabela 51	Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em farmácia. Brasil, 2015-2016	59
Tabela 52	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por farmacêuticos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	60
Tabela 53	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os farmacêuticos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	60
Tabela 54	Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os farmacêuticos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	60
Tabela 55	Ações médicas que poderiam ser realizadas por farmacêuticos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)	61
Tabela 56	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em psicologia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	63
Tabela 57	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em psicologia. Brasil, 2015-2016	63
Tabela 58	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem competências durante a graduação em psicologia. Brasil, 2015-2016	64
Tabela 59	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por psicólogos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	64

Tabela 60	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os psicólogos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	65
Tabela 61	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os psicólogos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	65
Tabela 62	Ações médicas que poderiam ser realizadas por psicólogos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)	66
Tabela 63	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em fisioterapia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	68
Tabela 64	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016	68
Tabela 65	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de apoio diagnóstico durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016	70
Tabela 66	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016	70
Tabela 67	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por fisioterapeutas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	71
Tabela 68	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os fisioterapeutas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	71

Tabela 69	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os fisioterapeutas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	71
Tabela 70	Ações médicas que poderiam ser realizadas por fisioterapeutas no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=60)	72
Tabela 71	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de nutrição, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	74
Tabela 72	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016	74
Tabela 73	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016	75
Tabela 74	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016	76
Tabela 75	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por nutricionistas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	76
Tabela 76	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os nutricionistas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	77
Tabela 77	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os nutricionistas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	77

Tabela 78	Ações médicas que poderiam ser realizadas por nutricionistas no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=64)	78
Tabela 79	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de odontologia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016	81
Tabela 80	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em odontologia. Brasil, 2015-2016	81
Tabela 81	Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em odontologia. Brasil, 2015-2016	82
Tabela 82	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência de cirurgiões-dentistas por técnicos de saúde bucal no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016	83
Tabela 83	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os técnicos de saúde bucal pudessem executar tarefas de competência de cirurgiões-dentistas no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	83
Tabela 84	Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de cirurgiões-dentistas na atenção básica, caso os técnicos de saúde bucal pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016	83
Tabela 85	Ações odontológicas que poderiam ser realizadas por técnicos de saúde bucal no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=42)	84

Sumário

Apresentação	16
Aspectos metodológicos	17
Caracterização da instituição de ensino e curso	21
Perfil dos respondentes	26
Origem dos alunos e do corpo docente	30
Estrutura curricular do curso	32
Perfil de competências dos egressos	42
Apêndices	85

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento da **Etapa II** da **Atividade III** da **Meta I** da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, quais sejam:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividade III

- Análise das mudanças nos cenários de práticas como espaço de ensino e de articulação da formação e serviços de saúde em função das necessidades do SUS.

Etapa II

- Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC), com coordenadores/diretores de cursos de graduação em saúde.

Aspectos metodológicos

Esta etapa se refere à apresentação dos resultados de um *survey* conduzido junto a coordenadores/diretores de cursos de graduação em saúde por meio da técnica de ETAC. O objetivo foi investigar os processos de formação e os escopos de prática dos profissionais no nível da formação, isto é, as ações e procedimentos que os cursos preparam seus alunos a realizarem. As entrevistas foram realizadas no período entre 17 janeiro de 2015 e 21 de junho de 2016.

Para execução da ETAC foram elaborados questionários semiestruturados para cada uma das graduações (Apêndices A, B, C, D, E, F, G), com 32 questões cada, subdivididas em quatro blocos. A maioria das questões recebeu a forma de pergunta fechada. Foram abertas, entretanto, janelas para exceções e situações não totalmente previstas no modelo do formulário, bem como para respostas de variáveis de conteúdo.

Quadro 1. Identificação dos blocos do questionário para entrevista telefônica assistida por computador com coordenadores de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2015

Blocos	Resultados esperados
Bloco I – Identificação do entrevistado – 10 questões	Cadastro e caracterização dos coordenadores de curso
Bloco II – Caracterização dos alunos e corpo docente da instituição – 5 questões	Perfil dos alunos e docentes dos cursos de graduação em saúde
Bloco III – Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso – 11 questões	Características do projeto político pedagógico, matriz curricular e abordagens metodológicas na formação de profissionais de saúde, especialmente no tange à atenção básica
Bloco IV – Perfil de Competências do Egresso – 6 questões	Perfil de competências dos egressos dos cursos de graduação em saúde

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Após revisão, os questionários foram estruturados em formulário eletrônico (máscaras), afim de possibilitar a ETAC, e o processamento

dos dados por meio informático (Apêndices H, I, J, L, M, N, O). Os bancos de dados foram limpos, tabulados e tratados estatisticamente no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0.

Os universos da pesquisa corresponderam ao número de cursos de graduação em medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia e psicologia no Brasil, em 2013, conforme Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). No caso específico da Medicina, todos os 206 cursos existentes compuseram a pesquisa. Para as demais profissões, procedeu-se a uma amostra aleatória simples de cada caso de acordo com o seguinte cálculo:

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + (z^2 * p * q)}$$

Onde:
z = valor de Gauss de acordo com o nível de confiança;
p = quantidade de acerto esperado (%);
q = quantidade de erro esperado (%);
N = população total; e
e = margem de erro.

Considerou-se 90% de nível de confiança e 6% de margem de erro. O número amostral somando as sete profissões foi de 994 cursos. Ressalta-se que, além dos 994 cursos correspondentes à soma das sete amostras, foram necessárias duas reposições, a primeira com 260 casos e a segunda com 681, totalizando 1.935 cursos contatados, ou 60,4% do universo. Ao final da pesquisa, 627 entrevistas foram completadas, representando uma taxa de resposta de 63,1%. O resultado do cálculo pode ser consultado na Tabela 1.

Tabela 1. Universo de cursos, amostra, número de registros nas reposições, total de escolas contatadas e taxa de resposta, segundo curso de graduação. Brasil, 2015-2016

Curso	Universo	Amostra		1ª reposição	2ª reposição	Total de escolas contatadas		Pesquisas Completas	
	N	n	% universo	n	n	n	% universo	n	% amostra
Medicina	206	206	100,0	-	-	206	100,0	125	60,7
Enfermagem	868	154	17,7	49	154	357	41,1	94	61,0
Farmácia	438	131	29,9	39	60	230	52,5	94	71,8
Psicologia	544	139	25,6	42	139	320	58,8	88	63,3
Fisioterapia	522	138	26,4	41	137	316	60,5	87	63,0
Nutrição	372	125	33,6	38	124	287	77,2	76	60,8
Odontologia	219	101	46,1	51	67	219	100,0	63	62,4
Total	**3.201**	**994**	**31,1**	**260**	**681**	**1.935**	**60,4**	**627**	**63,1**

Fonte: INEP, 2013; ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A Tabela 2 descreve a situação da pesquisa para os 1.935 cursos contatados, dos quais 631 (32,6%) completaram a entrevista.

Tabela 2. Distribuição do número de cursos contatados segundo situação da entrevista. Brasil, 2015-2016

Situação	Medicina		Odontologia		Enfermagem		Farmácia		Fisioterapia		Nutrição		Psicologia		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Completa	125	60,7	94	26,3	94	40,9	88	27,5	87	27,5	76	26,5	63	28,8	627	32,4
Parcial/Parcial Encerrada	1	0,5	1	0,3	5	2,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	4	1,8	12	0,6
Curso inexistente	0	0,0	4	1,1	4	1,7	2	0,6	4	1,3	9	3,1	0	0,0	23	1,2
Mais de 10 tentativas	2	1,0	95	26,6	68	29,6	118	36,9	56	17,7	135	47,0	86	39,3	560	28,9
Outro	0	0,0	18	5,0	10	4,3	3	0,9	12	3,8	19	6,6	6	2,7	68	3,5
Recusou	78	37,9	110	30,8	24	10,4	103	32,2	96	30,4	15	5,2	53	24,2	479	24,8
Sem informação	0	0,0	35	9,8	25	10,9	6	1,9	60	19,0	33	11,5	7	3,2	166	8,6
Total Geral	**206**	**100,0**	**357**	**100,0**	**230**	**100,0**	**320**	**100,0**	**316**	**100,0**	**287**	**100,0**	**219**	**100,0**	**1.935**	**100,0**

Fonte: INEP, 2013; ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Como visto na Tabela 2, do total de contados empreendidos, foi grande o percentual de sujeitos que se recusaram a responder a pesquisa (n=479; 24,8%) e de casos em que foram feitas mais de 10 tentativas de contato (n=560; 28,9%). Os cursos com os maiores percentuais de recusa foram medicina (37,9%), psicologia (36,9%), enfermagem (30,8%) e fisioterapia (30,4%). Já as proporções de casos com mais de 10 tentativas foram maiores em nutrição (47%), odontologia (39,3%) e psicologia (36,9%).

Em razão do alto percentual de recusas em participar da entrevista, elevado número de tentativas de contato e reagendamentos e pelo tempo prolongado do período de coleta de dados, optou-se por finalizar esta etapa mesmo não se tendo alcançado o número amostral determinado para cada graduação.

Considera-se, no entanto, que o percentual de respostas foi capaz de fornecer dados importantes para descrição do panorama nacional, resguardadas as devidas precauções de generalização dos dados. Isto, pois, estes dados foram confrontados com os obtidos por outras técnicas de coleta e com a literatura científica especializada, corroborando esses achados.

Caracterização da instituição de ensino e curso

Foram efetivadas 627 entrevistas com gestores de cursos de graduação em saúde, o que significa dizer que foram incluídos, neste estudo, 627 cursos de graduação.

O maior número de entrevistas foi realizado entre coordenadores de cursos de medicina, o que era de se esperar tendo em vista que, neste caso, todos os cursos entraram no desenho amostral da pesquisa. O menor número de entrevistas foi entre os coordenadores de cursos de odontologia, que foram os que mais se recusaram a responder. Embora houvesse uma amostra para essa profissão, a totalidade dos cursos foi contatada, o que não foi suficiente para ampliar sua taxa de resposta (Tabela 3).

Tabela 3. Número de entrevistas realizadas por curso de graduação. Brasil, 2015-2016

Curso	n	%
Medicina	125	19,9
Enfermagem	94	14,9
Farmácia	94	14,9
Psicologia	88	14,0
Fisioterapia	87	13,8
Nutrição	76	12,1
Odontologia	63	10,0
Total	**627**	**100,0**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Localização

Considerando a distribuição geográfica dos cursos segundo regiões, a maioria, em média, se localiza na região Sudeste (40,6%), seguida da Nordeste (23,1%) e Sul (21,1%), e em menor número nas regiões Centro-Oeste (9,9%) e Norte (5,4%), havendo poucas distinções na comparação entre os cursos de graduação (Tabela 4). Estes percentuais refletem, em alguma medida, a distribuição nacional do total de cursos da

área da saúde entre as regiões, que no ano de 2013 correspondeu à: 6,6%, na região Norte; 8,4%, Centro-Oeste; 18,4, Sul; 19,5%, Nordeste; e 47,1%, Sudeste[a].

Tabela 4. Distribuição percentual dos cursos de graduação por grandes regiões. Brasil, 2015-2016

Curso	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Medicina	4,0	26,4	41,6	20,8	7,2	100
Enfermagem	5,3	21,3	43,6	19,1	10,6	100
Farmácia	10,6	19,1	39,4	18,1	12,8	100
Psicologia	2,3	18,2	43,2	23,9	14,8	100
Fisioterapia	8,0	26,4	48,3	12,6	4,6	100
Nutrição	1,3	23,7	36,8	25,0	13,2	100
Odontologia	6,3	27,0	31,7	28,6	6,3	100
Total médio	**5,4**	**23,1**	**40,6**	**21,1**	**9,9**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A distribuição por porte populacional indica que o maior número de entrevistas foi realizado com gestores de cursos localizados nas capitais e em municípios com mais de 100 mil habitantes, conforme Tabela 5. Essa distribuição se assemelha à distribuição nacional do total de cursos da área da saúde, cuja concentração se dá nos municípios de maior porte, especialmente capitais, onde se localizam 43,6% deles[a].

Tabela 5. Distribuição percentual dos cursos de graduação por porte populacional. Brasil, 2015-2016

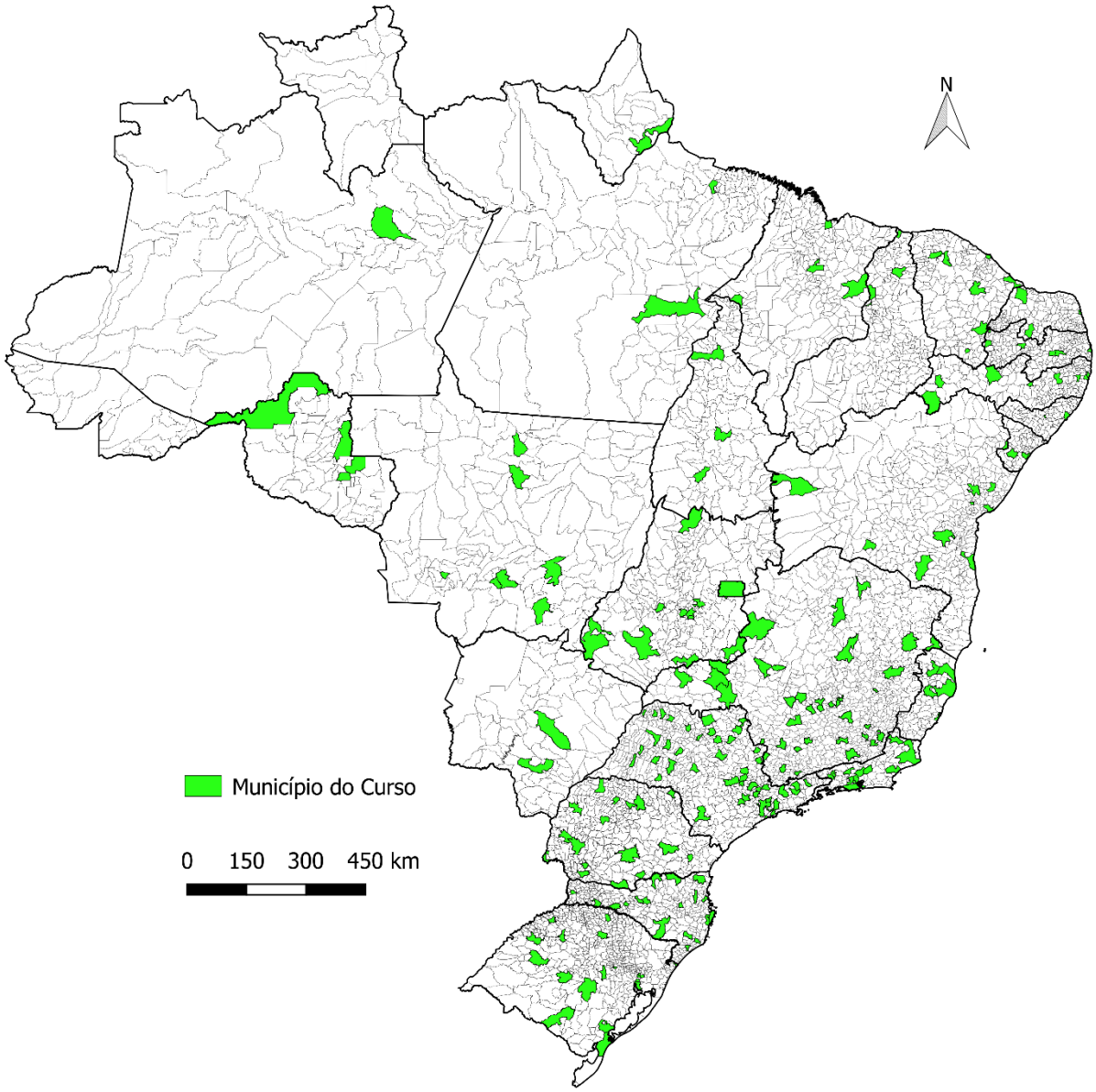
Curso	Capitais	Mais de 100 mil (exceto capitais)	Mais de 50 até 100 mil	Mais de 20 até 50 mil	Mais de 10 mil até 30 mil	Até 10 mil	Total
Medicina	34,4	52,0	8,0	1,6	0,0	4,0	100
Enfermagem	36,0	37,3	16,0	8,0	0,0	2,7	100
Farmácia	24,7	46,1	14,6	9,0	1,1	4,5	100
Psicologia	27,8	50,6	19,0	2,5	0,0	0,0	100
Fisioterapia	23,6	47,2	16,7	9,7	1,4	1,4	100
Nutrição	51,6	39,1	6,3	1,6	0,0	1,6	100
Odontologia	32,1	44,6	16,1	7,1	0,0	0,0	100
Total médio	**32,9**	**45,3**	**13,8**	**5,6**	**0,4**	**2,0**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

[a] Dados do Censo do Ensino Superior do INEP processados pelo Sistema de Indicadores de Graduações em Saúde (SIGRAS), disponível no sítio eletrônico: http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php

Complementarmente, o mapa 1 apresenta os municípios brasileiros de localização dos cursos entrevistados.

Figura 1. Mapa distributivo dos municípios brasileiros de localização dos cursos incluídos no estudo. Brasil, 2016



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Esfera administrativa

Entre os cursos participantes, a maior parte é proveniente de instituições de ensino superior (IES) privadas, à exceção da medicina cujos cursos pesquisados eram 51,2% da rede pública, sobretudo de universidades federais (27,2%). As maiores proporções de cursos na rede privada se

deram na fisioterapia (80,5%) e psicologia (76,1%), conforme se observa na Tabela 6. Esse dado se aproxima dos dados divulgados pelo Ministério da Educação (MEC), referentes ao Censo da Educação Superior de 2013 que apontava 72,2% dos alunos de graduação vinculados a instituições privadas.

Tabela 6. Distribuição percentual dos cursos de graduação em saúde por natureza jurídica da instituição de ensino superior. Brasil, 2015-2016

Curso	Privada	Federal	Estadual	Municipal	Total
Medicina	48,8	27,2	17,6	6,4	100
Enfermagem	74,5	12,8	7,4	5,3	100
Farmácia	75,5	14,9	3,2	6,4	100
Psicologia	76,1	12,5	1,1	10,2	100
Fisioterapia	80,5	10,3	4,6	4,6	100
Nutrição	68,4	22,4	6,6	2,6	100
Odontologia	61,9	20,6	7,9	9,5	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Oferta e preenchimento de vagas

O somatório da oferta anual de vagas dos 627 cursos incluídos neste estudo corresponde à 81.451, do qual 20,1% são vagas de nutrição, que apresenta média de 131 vagas por curso. A medicina e a odontologia são os cursos que apresentaram os maiores percentuais médios de preenchimento de vagas: 97,2% e 95,3%, respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7. Oferta total e média de vagas e percentual médio de vagas preenchidas anualmente. Brasil, 2015-2016

Curso	Total de vagas	Média de vagas	% médio de vagas preenchidas por ano
Medicina	10.256	82	97,2
Enfermagem	11.537	92	80,0
Farmácia	10.376	83	69,2
Psicologia	12.843	103	89,2
Fisioterapia	14.298	114	74,7
Nutrição	16.354	131	81,5
Odontologia	5.787	46	95,3
Total médio	**11.636**	**93**	**83,9**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Entre os cursos pesquisados, 45,3%, em média, conseguem preencher 100% das vagas oferecidas anualmente, sendo que os cursos com maior

proporção de preenchimento total de vagas foram medicina, odontologia e psicologia: 82,4%, 65,1% e 54,5, nesta ordem. Os cursos com menor proporção foram farmácia, com 17,0%, e fisioterapia, com 28,9%. Entres os cursos de enfermagem e nutrição, 33,0% e 36,8% não apresentam vagas ociosas.

Entre os cursos cuja oferta de vagas era maior que a demanda, foi questionado sobre quais os principais fatores causadores da ociosidade de vagas, sendo os mais citados, para todos os cursos, as questões de ordem financeira (o valor da mensalidade ou o não acesso a programas de financiamento estudantil/bolsas), à exceção dos cursos de medicina, nos quais o principal fator foi a aprovação em outras instituições de ensino/transferência. Nos cursos de psicologia, odontologia e farmácia a proporção de entrevistados que considerou os problemas financeiros como principal fator causador da existência de ociosidade foi consideravelmente superior à proporção média, constituindo-se, inclusive, a maioria dos casos. Fatores relacionados à localização da IES, horário e estrutura foram referidos de forma significativa entre os coordenadores dos cursos de enfermagem e farmácia (Tabela 8).

Tabela 8. Fatores relacionados ao não preenchimento total das vagas por curso, segundo percentual de citações. Brasil, 2015-2016

Curso	Aprovação em outras IES/Transferência	Financeiro	Outras (localização, horário, estrutura etc.)	NS/NR
Medicina	40,9	4,5	18,2	36,4
Enfermagem	23,8	49,2	27,0	0,0
Farmácia	17,9	51,3	30,7	0,0
Psicologia	28,2	69,2	2,6	0,0
Fisioterapia	9,2	44,8	19,1	5,7
Nutrição	18,4	30,2	14,4	1,3
Odontologia	31,8	63,6	4,5	0,0
Total médio	**24,3**	**44,7**	**16,6**	**6,2**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
IES: instituições de ensino superior; NS/NR: não sabia/não respondeu

Perfil dos respondentes

Sexo

No que se refere ao perfil dos entrevistados, apenas em medicina e odontologia a maior parte da amostra foi composta de homens, 57,6% e 66,7%, respectivamente. Nas demais profissões, se destacam a nutrição e a enfermagem, cujo percentual de entrevistados do sexo feminino foi sobremaneira superior ao percentual de homens. No total, em média, a amostra se dividiu em 63,4% de mulheres e 36,6% de homens (Tabela 9).

Tabela 9. Percentual de respondentes por sexo. Brasil, 2015-2016

Curso	Masculino	Feminino
Medicina	57,6	42,4
Enfermagem	16,0	84,0
Farmácia	36,2	63,8
Psicologia	30,7	69,3
Fisioterapia	41,4	58,6
Nutrição	7,9	92,1
Odontologia	66,7	33,3
Total médio	**36,6**	**63,4**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Idade

Conforme a Tabela 10, o total médio de idade dos respondentes foi de 45,4 anos, com maior média entre os respondentes dos cursos de medicina e menor entre os respondentes dos cursos de nutrição.

Tabela 10. Média de idade dos respondentes. Brasil, 2015-2016

Curso	Média de idade
Medicina	53,4
Enfermagem	46,1
Farmácia	43,3
Psicologia	44,9
Fisioterapia	41,4
Nutrição	41,3
Odontologia	47,1
Total médio	**45,4**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Formação

A maioria dos entrevistados (97,1%) se graduou na mesma área do curso que coordena/dirige. Entre os respondentes dos cursos de medicina, sete se formaram em outros cursos da área da saúde (enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia e biologia). Do total, seis se formaram em área diferente da saúde, a saber: filosofia (n=2), pedagogia, administração, engenharia, direito (Tabela 11).

Tabela 11. Número de respondentes por área de formação. Brasil, 2015-2016

Curso	Mesmo curso	Outro curso da área da saúde	Curso de outra área	Total
Medicina	116	7	2	125
Enfermagem	89	3	2	94
Farmácia	92	1	1	94
Psicologia	88	0	0	88
Fisioterapia	86	1	0	87
Nutrição	76	0	0	76
Odontologia	62	0	1	63
Total	**609**	**12**	**6**	**627**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

O maior tempo médio de formação foi encontrado entre os respondentes dos cursos de medicina, seguido da odontologia. O tempo médio total foi de 21,5 anos de formação (Tabela 12).

Tabela 12. Tempo médio de formação (em anos) dos respondentes. Brasil, 2015-2016

Curso	Anos
Medicina	29,5
Enfermagem	21,7
Farmácia	18,1
Psicologia	19,5
Fisioterapia	18,1
Nutrição	20,2
Odontologia	23,7
Total médio	**21,5**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação ao nível de formação profissional, prevaleceram, em todas as profissões, os mestres e doutores. Apenas na fisioterapia e farmácia havia

entrevistados com apenas superior completo. Medicina e odontologia foram os cursos cujos coordenadores apresentaram maior nível de formação, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13. Percentual de entrevistados por maior nível de formação profissional. Brasil, 2015-2016

Curso	Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Pós-doutorado	Total
Medicina	0,0	6,4	33,6	57,6	2,4	100
Enfermagem	0,0	8,5	56,4	33,0	2,1	100
Farmácia	1,1	4,3	45,7	43,6	5,3	100
Psicologia	0,0	4,5	44,3	48,9	2,3	100
Fisioterapia	1,2	10,3	50,6	35,6	2,3	100
Nutrição	0,0	5,3	48,0	42,6	4,0	100
Odontologia	0,0	4,8	33,3	52,4	9,5	100
Total médio	**0,3**	**6,3**	**44,6**	**44,8**	**4,0**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Ocupação

A distribuição de respondentes por cargo que ocupam aponta para 96,0% de coordenadores de curso e de 6,0% de diretores de unidade (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos entrevistados por cargo. Brasil, 2015-2016

Curso	Coordenador		Diretor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Medicina	117	93,6	8	6,4	125	100
Enfermagem	89	94,7	5	5,3	94	100
Farmácia	91	96,8	3	3,2	94	100
Psicologia	87	98,9	1	1,1	88	100
Fisioterapia	82	94,3	5	5,7	87	100
Nutrição	73	96,1	3	3,9	76	100
Odontologia	63	100,0	0	0,0	63	100
Total	**602**	**96,0**	**25**	**4,0**	**627**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Os coordenadores/diretores estão no atual cargo, em média, há 4,3 anos. As menores médias de tempo foram observadas entre os respondentes dos cursos de nutrição e odontologia (Tabela 15).

Tabela 15. Tempo médio (em anos) no cargo de coordenação/direção. Brasil, 2015-2016

Curso	Média	Mediana
Medicina	4,2	3,0
Enfermagem	4,5	3,0
Farmácia	4,5	3,0
Psicologia	4,9	3,0
Fisioterapia	4,6	3,0
Nutrição	3,7	2,5
Odontologia	3,8	3,0
Total médio	**4,3**	**2,9**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Ainda em relação ao perfil profissional, 53,1% dos respondentes declarou ter experiência prévia em cargos de gestão em instituições de ensino. Considerando a análise por curso de graduação, os maiores percentuais de respondentes com experiência prévia foram observados na medicina (69,6%), nutrição (53,9%) e fisioterapia (52,9%). Entre os demais, os percentuais ficaram entre 44,3% e 49,2%.

Origem dos alunos e do corpo docente

Em relação à origem da maior parte dos discentes, as respostas se mostraram diferentes por curso. Segundo a Tabela 16, em psicologia e fisioterapia, a origem referida pela maioria dos coordenadores foi o próprio município onde se localizava a IES. Os cursos de enfermagem e farmácia tinham como origem principal, além do próprio município da IES, aqueles municípios da mesma microrregião de saúde. Por fim, o curso de medicina tinha como origem principal, além do município e da região de saúde, outras regiões do estado.

Tabela 16. Percentual de cursos por origem da maior parte dos alunos. Brasil, 2015-2016

Curso	Próprio município	Próprio município e mesma CIR	Próprio município, municípios da CIR e de outras regiões do estado	Próprio município, municípios da mesma CIR e de outras regiões dentro e fora do Estado
Medicina	12,0	23,2	40,0	24,8
Enfermagem	29,8	44,7	17,0	8,5
Farmácia	18,1	35,1	33,0	13,8
Psicologia	54,5	20,5	17,0	8,0
Fisioterapia	57,5	21,8	10,3	9,2
Nutrição	39,5	26,3	23,7	6,6
Odontologia	44,4	27,0	15,9	12,7
Total médio	**36,5**	**28,4**	**22,4**	**11,9**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
CIR: Comissão Intergestores Regional, que se localiza numa determinada região de saúde

No que se refere à origem da maior parte do corpo docente, observou-se uma distribuição maior entre as categorias e pouca variação entre os cursos. De maneira geral, o principal destino era do próprio município, ainda que em nenhum curso ele chegasse a ser a maioria com relação ao somatório dos demais.

Tabela 17. Percentual de cursos por origem da maior parte do corpo docente. Brasil, 2015-2016

Curso	Próprio município	Próprio município e mesma CIR	Próprio município, municípios da CIR e de outras regiões do estado	Próprio município, municípios da mesma CIR e de outras regiões dentro e fora do Estado
Medicina	40,8	23,2	26,4	9,6
Enfermagem	39,4	31,9	10,6	18,1
Farmácia	29,8	23,4	25,5	21,3
Psicologia	30,7	22,7	26,1	20,5
Fisioterapia	35,6	26,4	18,4	18,4
Nutrição	30,3	30,3	15,8	22,4
Odontologia	38,1	28,6	22,2	11,1
Total médio	**35,0**	**26,6**	**20,7**	**17,3**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
CIR: Comissão Intergestores Regional, que se localiza numa determinada região de saúde

No que tange à elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP), a maioria dos entrevistados, 51,5%, declarou que não houve consultoria externa na feitura do mesmo. Os cursos de enfermagem, farmácia, psicologia e odontologia apresentaram valores abaixo de 50%, porém, há que se considerar que boa parte dos respondentes não sabia ou não respondeu ao quesito (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição percentual de cursos quanto à consultoria externa na elaboração do Projeto Político Pedagógico. Brasil, 2015-2016

Curso	Teve consultoria	Não teve consultoria	NS/NR
Medicina	46,4	51,2	2,4
Enfermagem	38,3	45,7	16,0
Farmácia	36,2	48,9	14,9
Psicologia	38,6	45,5	15,9
Fisioterapia	34,5	54,0	11,5
Nutrição	18,4	71,1	10,5
Odontologia	44,5	44,4	11,1
Total médio	**36,7**	**51,5**	**11,8**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
NS/NR: não sabe/não respondeu

Ainda sobre o PPP, foi perguntado o ano em que ele sofreu a última modificação ou atualização, a maioria tendo sido realizada no quadriênio 2013-2016, sobretudo em 2015, e uma proporção considerável nesse ano (2016). Não se observou diferenças significativas entre os cursos (Tabela 19).

Tabela 19. Período da última modificação ou atualização do Projeto Político Pedagógico do curso. Brasil, 2015-2016

Curso	2016/2015	2014/2013	Há mais de 3 anos	NS/NR
Medicina	54,4	24,8	19,2	1,6
Enfermagem	62,8	18,1	15,9	3,2
Farmácia	63,8	17,0	17,1	2,1
Psicologia	53,4	23,8	21,7	1,1
Fisioterapia	44,8	17,2	19,4	18,4
Nutrição	51,3	17,1	30,3	1,3
Odontologia	60,3	14,3	22,2	3,2
Total médio	**55,8**	**18,9**	**20,8**	**4,4**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação à estrutura do PPP, foi perguntada a ênfase de formação do curso em relação a algumas áreas de atuação, a saber: gestão de serviços de saúde, docência, pesquisa, atenção primária, atenção especializada/ambulatorial e atenção hospitalar. Na Psicologia as áreas de atuação perscrutadas aos entrevistados foram, em parte, diferentes dos demais cursos, sendo as variáveis contempladas: psicologia social e comunitária; psicologia clínica; psicologia organizacional; e também pesquisa e docência. Em resposta ao quesito, o entrevistado deveria classificar cada área em uma escala de 1 a 6, onde 1 seria a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase.

Em quase todas as profissões, à exceção de odontologia (Tabela 25), a docência foi referida como a área de atuação de menor ênfase. Destacaram-se como áreas de maior ênfase a Atenção Primária para os cursos de medicina (Tabela 20), farmácia (Tabela 22), enfermagem (Tabela 21) e odontologia; Atenção Especializada para os cursos de fisioterapia (Tabela 23) e Atenção Hospitalar para os cursos de nutrição (Tabela 24). No caso dos cursos de psicologia, foram referidas com maior ênfase as áreas de Psicologia Clínica e a Psicologia Social e Comunitária (Tabela 26), respectivamente.

Tabela 20. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de medicina. Brasil, 2015-2016 (n=125)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	NR	Total
Gestão de serviços de saúde	24,8	26,4	24,8	10,4	8,0	4,8	0,8	100
Docência	32,8	25,6	15,2	4,8	7,2	13,6	0,8	100
Pesquisa	12,8	24,0	37,6	11,2	6,4	7,2	0,8	100
Atenção Primária	2,4	0,0	5,6	14,4	12,8	64,0	0,8	100
Atenção Especializada	7,2	2,4	11,2	17,6	46,4	14,4	0,8	100
Atenção Hospitalar	2,4	5,6	9,6	38,4	24,0	19,2	0,8	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 21. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	NR	Total
Gestão de serviços de saúde	6,4	7,4	23,4	37,2	21,3	3,2	1,1	100
Docência	45,7	11,7	11,7	12,8	6,4	10,6	1,1	100
Pesquisa	8,5	35,1	23,4	10,6	17,0	4,3	1,1	100
Atenção Primária	6,4	1,1	1,1	4,3	16,0	70,2	1,1	100
Atenção Especializada	6,4	17,0	27,7	29,8	13,8	4,3	1,1	100
Atenção Hospitalar	2,1	8,5	5,3	20,2	42,6	20,2	1,1	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 22. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de farmácia. Brasil, 2015-2016 (n=94)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	Total
Gestão de serviços de saúde	9,6	13,8	29,8	14,9	14,9	17,0	100
Docência	45,7	17,0	6,4	10,6	12,8	7,4	100
Pesquisa	18,1	27,7	14,9	8,5	14,9	16,0	100
Atenção Primária	2,1	5,3	9,6	20,2	25,5	37,2	100
Atenção Especializada	5,3	14,9	23,4	24,5	23,4	8,5	100
Atenção Hospitalar	4,3	9,6	20,2	26,6	18,1	21,3	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 23. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de fisioterapia. Brasil, 2015-2016 (n=87)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	NR	Total
Gestão de serviços de saúde	24,1	33,3	19,5	12,6	2,3	5,7	2,3	100
Docência	33,3	24,1	14,9	6,9	3,4	13,8	3,4	100
Pesquisa	16,1	13,8	29,9	18,4	5,7	13,8	2,3	100
Atenção Primária	3,4	2,3	11,5	24,1	29,9	26,4	2,3	100
Atenção Especializada	2,3	1,1	2,3	12,6	33,3	46,0	2,3	100
Atenção Hospitalar	1,1	4,6	10,3	25,3	21,8	34,5	2,3	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 24. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de nutrição. Brasil, 2015-2016 (n=76)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	NR	Total
Gestão de serviços de saúde	11,8	5,3	36,8	22,4	15,8	5,3	2,6	100
Docência	44,7	18,4	13,2	10,5	2,6	7,9	2,6	100
Pesquisa	7,9	32,9	21,1	19,7	11,8	3,9	2,6	100
Atenção Primária	1,3	6,6	9,2	28,9	25,0	26,3	2,6	100
Atenção Especializada	1,3	2,6	11,8	18,4	31,6	31,6	2,6	100
Atenção Hospitalar	0,0	2,6	1,3	14,5	28,9	50,0	2,6	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 25. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de odontologia. Brasil, 2015-2016 (n=63)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	Total
Gestão de serviços de saúde	17,5	15,9	17,5	30,2	11,1	7,9	100
Docência	15,9	14,3	19,0	19,0	17,5	14,3	100
Pesquisa	3,2	12,7	38,1	25,4	11,1	9,5	100
Atenção Primária	4,8	3,2	6,3	7,9	31,7	46,0	100
Atenção Especializada	3,2	0,0	9,5	15,9	28,6	42,9	100
Atenção Hospitalar	28,6	33,3	12,7	15,9	6,3	3,2	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 26. Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de psicologia. Brasil, 2015-2016 (n=88)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	Total
Psicologia social e comunitária	1,1	4,5	21,6	36,4	36,4	0,0	100
Psicologia clínica	1,1	5,7	9,1	26,1	56,8	1,1	100
Psicologia organizacional	6,8	18,2	42,0	26,1	6,8	0,0	100
Pesquisa	19,3	39,8	25,0	9,1	6,8	0,0	100
Docência	63,6	22,7	6,8	4,5	2,3	0,0	100

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Na maioria dos cursos pesquisados a estrutura curricular é organizada por disciplinas, em média, 86,2%. Apenas medicina tem uma proporção considerável de currículos organizados por módulos, 32,8%, contra 51,2% em disciplinas (Tabela 27).

Também na maioria dos casos, os cursos são organizados em ciclos – primeiro o ciclo básico com disciplinas mais amplas, ligadas às ciências da saúde, e depois o ciclo profissionalizante, com disciplinas mais específicas ligadas à profissão. Entre os 5,6% entrevistados dos cursos de medicina que citaram outra forma de organização da estrutura curricular, há diversas outros formatos contemplados, como o integrado, a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) ou Problemas Integrados, blocos, estratégias e ciclos clínicos. Na enfermagem foram citadas as unidades curriculares e os núcleos e na odontologia as "macrodisciplinas".

Tabela 27. Formas de organização da estrutura curricular dos cursos por área de formação. Brasil, 2015-2016

Curso	Disciplinas	Módulos	Eixos Temáticos	Outra
Medicina	51,2	32,8	10,4	5,6
Enfermagem	93,6	2,1	0,0	3,3
Farmácia	95,7	2,1	1,1	0,0
Psicologia	94,3	2,3	2,3	1,1
Fisioterapia	95,4	1,1	1,1	2,3
Nutrição	92,1	3,9	3,9	0,0
Odontologia	81,0	3,2	12,7	3,2
Total médio	**86,2**	**6,8**	**4,5**	**2,2**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Para todas as profissões pesquisadas, a maioria dos cursos tem currículos que contemplam atividades integradas e compartilhadas com outros cursos. Entre os que fomentam essas atividades integradas, observa-se que há uma proporção ligeiramente maior entre as instituições privadas. Destaque para os cursos privados de nutrição e enfermagem, com 92,3% e 84,3% de currículos integrados, respectivamente, e os públicos de fisioterapia, com 82,9%.

Tabela 28. Percentual proporcional de cursos cujos currículos contemplam atividades integradas e compartilhadas com outros cursos, segundo natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior. Brasil, 2015-2016

Curso	Públicas	Privadas
Medicina	62,5	62,3
Enfermagem	58,3	84,3
Farmácia	73,9	80,3
Psicologia	66,7	68,7
Fisioterapia	82,9	71,1
Nutrição	50,0	92,3
Odontologia	50,0	74,4
Total médio	**63,5**	**76,2**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação à carga horária do curso (Tabela 29), observa-se que em medicina e odontologia havia maior destinação de tempo aos conteúdos teórico-práticos do que aos conteúdos teóricos, em média, 3.792 e 3.402 horas contra 3.153 e 2.179, respectivamente. Para as demais profissões, a maior carga era de conteúdos teóricos, sendo que, em média, estes conteúdos ocupam 1,3 vezes mais tempo do que aqueles. Nos cursos de fisioterapia a relação é de quase um para um. Os estágios/internatos têm

as menores cargas horárias médias em todos os cursos, exceto para a medicina, onde se destacam como a segunda maior, à frente dos conteúdos teóricos.

Tabela 29. Carga horária média por curso de graduação segundo tipo de conteúdo/atividade. Brasil, 2015-2016

Curso	CH em conteúdos teóricos	CH em conteúdos teórico-práticos	CH em estágios e internatos
Medicina	3.153	3.792	3.373
Enfermagem	2.712	1.882	896
Farmácia	3.221	2.574	922
Psicologia	3.063	2.110	748
Fisioterapia	2.613	2.566	1.040
Nutrição	2.720	2.150	810
Odontologia	2.179	3.402	949
Total médio	**2.808**	**2.639**	**1.248**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Quando se analisa esses números estratificados por natureza jurídica da IES (Tabela 30), observa-se que nos cursos de enfermagem, fisioterapia e odontologia, a carga horária de conteúdos teóricos nas instituições privadas é substancialmente maior. Nos demais cursos, bem como na média geral, não foi encontrada nenhuma diferença significativa.

Tabela 30. Carga horária média por curso e natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior, segundo tipo de conteúdo/atividade. Brasil, 2015-2016

Cursos	CH em conteúdos teóricos	CH em conteúdos teórico-práticos	CH em estágios e internatos
Medicina (Públicas)	3.221	3.761	3.446
Medicina (Privadas)	3.074	3.822	3.296
Enfermagem (Públicas)	2.074	2.145	930
Enfermagem (Privadas)	2.907	1.788	884
Farmácia (Públicas)	3.526	2.555	920
Farmácia (Privadas)	3.122	2.580	922
Psicologia (Públicas)	3.003	2.807	737
Psicologia (Privadas)	3.077	1.933	752
Fisioterapia (Públicas)	2.081	2.277	869
Fisioterapia (Privadas)	2.745	2.636	1.081
Nutrição (Públicas)	2.526	2.228	898
Nutrição (Privadas)	2.803	2.117	766
Odontologia (Públicas)	1.785	3.479	862
Odontologia (Privadas)	2.387	3.357	992
Total médio públicas	**2.602**	**2.750**	**1.237**
Total médio privadas	**2.873**	**2.604**	**1.241**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação aos locais onde os alunos realizam aulas práticas e/ou estágios, foram listadas nove opções para os entrevistados, a saber: unidades de atenção primária/postos de saúde; empresas; hospitais gerais e especializados; creches e escolas (primárias e/ou secundárias); policlínicas, ambulatórios ou clínicas especializadas; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); instituições asilares; instituições de atenção a pessoas com deficiência (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, entre outras); Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residência terapêutica[b]. O entrevistado pôde, ainda, citar outros locais não contemplados nas opções supracitadas.

Os locais mais utilizados pelos cursos de todas as profissões são as unidades de atenção primária, com 97,1% de utilização média, e os hospitais gerais, com 90,9%. Os locais menos referidos foram residência terapêutica (31,9%), APAE (59,7%) e CAPS (61,5%). Os demais locais são utilizados em uma média aproximada de 70% dos cursos.

Na maioria das profissões houve uma proporção considerável de entrevistados que citaram outros espaços destinados às práticas dos discentes, sobretudo em farmácia, psicologia, fisioterapia e nutrição. As respostas citadas podem ser assim descritas:

- Medicina: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), centros de reabilitação, ações de saúde em espaços públicos, vigilância sanitária, Centros de Referência de Assistência Social e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CRAS e CREAS), casas de apoio e Organizações Não Governamentais (ONG);
- Enfermagem: laboratórios, centros de vigilância em saúde, centros de reabilitação e ações sociais em espaços públicos;

b O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

- Farmácia: laboratórios de análises clínicas, farmácias de manipulação, farmácia escola, farmácia homeopática, vigilância sanitária, polícia civil;
- Psicologia: delegacias e penitenciárias, fóruns, clínica escola, ONG, CRAS, CREAS, centros comunitários e abrigos.
- Fisioterapia: clínica escola, clubes esportivos, centros de reabilitação, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), ONG;
- Nutrição: ONG, clubes esportivos, restaurantes, indústrias/agroindústrias, clínicas escola, SPA, penitenciárias, vigilância sanitária;
- Odontologia: ambulatórios de associações, ações sociais em espaços públicos, clínicas de recuperação de dependentes químicos, clínicas da própria IES, Programa Brasil Sorridente (com atendimento em *containers*).

Tabela 31. Percentual de cursos de graduação em saúde segundo utilização de cenários de atividades práticas e de estágios. Brasil, 2015-2016[3]

Cenários	Medicina	Enfermagem	Farmácia	Psicologia	Fisioterapia	Nutrição	Odontologia	Total médio
Unidades de Atenção Primária	100	100	94,7	93,1	97,7	97,4	96,8	97,1
Empresas	22,4	54,3	77,7	90,8	93	97,4	41,3	68,1
Hospitais gerais	99,2	100	94,7	94,3	83,7	96,1	68,3	90,9
Creches e/ou escolas	52,8	79,8	33	86,2	96,1	96,1	88,9	76,1
Policlínicas/ambulatórios/clínicas	88,8	79,8	57,4	71,6	77	80,3	87,1	77,4
Hospitais especializados	81,6	88,3	68,1	79,3	76,7	78,9	33,3	72,3
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	91,2	85,1	61,7	79,3	72,1	78,9	71,4	77,1
Lar de idosos	56	85,1	46,8	74,7	67,4	69,7	81	68,7
APAE (entre outros)	48	64,9	31,9	82,8	52,3	55,3	82,5	59,7
Unidades de Pronto Atendimento	94,4	81,9	73,4	66,7	48,8	44,7	65,1	67,9
Centro de Atenção Psicossocial	80,8	90,4	43,6	96,6	41,9	38,7	38,7	61,5
Residência Terapêutica	40,3	39,4	14,9	40,2	36	32	20,6	31,9
Outro(s)	13,6	7,4	48,3	36,4	24,4	28,9	7,9	23,8

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

3 Para o curso de Farmácia também foi perguntado sobre as aulas e ou estágios em indústrias, farmácias populares e farmácias comercias, sendo as proporções encontradas 77,7%, 85,1% e 94,7%, respectivamente.

No que tange o acompanhamento dos discentes durante as práticas/estágios na área da atenção primária, o mais comum, em todos os cursos, é que eles sejam assistidos pelo próprio corpo docente do curso, com proporções que chegam a quase 100%. Também há uma proporção considerável de entrevistados que declarou que os alunos são acompanhados pelos profissionais da saúde das unidades onde atuam (60,9%, em média), sendo sua utilização mais comum em medicina, nutrição, psicologia e farmácia; e por preceptores contratados para esse fim (48,8%, em média), sendo mais comum nos cursos de medicina e farmácia.

Tabela 32. Percentual de cursos de graduação em saúde segundo atores que acompanham os alunos nos cenários de prática e estágios. Brasil, 2015-2016

Curso	Docentes	Profissionais da saúde	Preceptores contratados pela instituição	Outros
Medicina	96,8	81,6	62,4	2,4
Enfermagem	98,9	63,8	44,7	0
Farmácia	93,6	71,3	57,4	0
Psicologia	98,9	71,5	26,1	0
Fisioterapia	97,6	51,2	41,7	4
Nutrição	97,4	76	29,3	3,9
Odontologia	93,7	65,1	31,7	1,6
Total médio	**96,7**	**68,6**	**41,9**	**1,7**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Perfil de competências dos egressos

Neste se apresentam os resultados relativos ao perfil de competência de egressos dos cursos das profissões selecionadas. No intuito de compreender a preparação profissional empiricamente oferecida aos alunos, foram citadas algumas ações de saúde, ações gerenciais, competências e procedimentos específicos para cada curso, e perguntado aos coordenadores, se os alunos recebiam preparação durante o curso para executá-los. Também se mostra os resultados relativos a questões opinativas acerca do compartilhamento de escopos clínicos no âmbito da APS.

Medicina

Segundo os 125 coordenadores de cursos de medicina entrevistados, as práticas e estágios preparam os alunos para realizar a maioria das ações de saúde listadas, em que se destacam aquelas relacionadas a uma formação generalista e que são mais comumente realizadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Segundo a Tabela 33, destacam-se com mais de 90% de resposta: atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes (99,2%), atendimento à criança, ou puericultura (97,6%), atendimento ginecológico (97,6%) e obstétrico (96,8%), tratamento de verminoses (96%), dermatites (96%) e micoses (92,8%) e atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda (92,8%). Na medida em que se avança para ações mais comuns entre médicos especialistas, as proporções diminuem, sendo que as ações com menor resposta são aquelas relacionadas ao atendimento psiquiátrico, mais especificamente, atendimento de urgências e emergências psiquiátricas (44,8%) e acompanhamento de pacientes psiquiátricos (67,2%). Em seguida, oftalmologia (69,6%) e ortopedia (85,6%).

Tabela 33. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Atendimento à criança (puericultura)	97,6	1,6	0	0,8
Atendimento pré-natal de alto risco	76	16,8	6,4	0,8
Atendimento urgência e emergência	89,6	8,8	0,8	0,8
Atendimento de urgências e emergências psiquiátricas	44,8	31,2	21,6	2,4
Acompanhamento de pacientes psiquiátricos	67,2	18,4	13,6	0,8
Atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes	99,2	0	0	0,8
Atendimento oftalmológico	69,6	22,4	7,2	0,8
Atendimento ortopédico	85,6	13,6	0,8	0
Atendimento ginecológico	97,6	1,6	0	0,8
Atendimento obstétrico	96,8	2,4	0	0,8
Atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda	92,8	4,8	1,6	0,8
Tratamento de micoses	92,8	5,6	0	1,6
Tratamento de dermatites	96	3,2	0	0,8
Tratamento de verminoses	96	2,4	0	1,6
Tratar de deficiências nutricionais	89,6	9,6	0	0,8

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 34. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem ações gerenciais de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações gerenciais	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Planejar e participar de campanhas de vacinação	76,8	14,4	4,8	4
Planejar e realizar ações de promoção da saúde em conjunto com a equipe	95,2	4	0	0,8
Coordenar uma equipe multidisciplinar	65,6	27,2	4,8	2,4
Supervisionar ações individuais e coletivas de profissionais de saúde	60,8	32,8	4,8	1,6
Realizar notificação compulsória	95,2	3,2	0	1,6
Atestar óbito	90,4	8,8	0	0,8
Planejar a distribuição de recursos humanos necessária para a realização das atividades de saúde	38,4	39,2	18,4	4
Organizar processos de educação permanente para os profissionais sob supervisão	42,4	38,4	16	3,2
Planejar a realização de compra de materiais, insumos e suprimentos	17,6	38,4	40	4
Participar da construção de protocolos clínicos	68	18,4	9,6	4
Participar dos processos de avaliação de qualidade de serviços de saúde	50,4	34,4	12	3,2

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação às ações gerenciais, observou-se que, de maneira geral, os cursos preparam os alunos com menor frequência para executá-las. As maiores respostas positivas para as ações, segundo a Tabela 34, foram: planejar e realizar ações de promoção da saúde em conjunto com a equipe (95,2%), realizar notificação compulsória (95,2%) e atestar óbito (95,2%). Menos da metade dos respondentes informaram que os alunos são preparados para planejar a realização de compra de materiais, insumos e suprimentos (17,6%), planejar a distribuição de recursos humanos necessária para a realização das atividades de saúde (38,4%) e organizar processos de educação permanente para os profissionais (42,4%).

Em relação ao preparo quanto à execução de procedimentos (Tabela 35), os maiores percentuais de respostas foram observados em: realizar curativos (97,6%), suturas (96,8%), anestesia local (94,4%), Papanicolau (94,4%), otoscopia (90,4%) e intubação traqueal (90,4%). Com proporções menores, ainda que expressivas, os egressos são preparados para: remover lesões de pele (77,6%) e realizar exame de fundo de olho (76%). As menores taxas de concordância foram para: anestesia de bloqueio neuroeixo (21,6%), anestesia geral (25,6%) e exame de mensuração da pressão intraocular (29,6%). Note-se, mais uma vez, que os cursos preparam menos seus alunos para realizar procedimentos que se encontram concentrados na prática de médicos especialistas, especialmente anestesiologistas e oftalmologistas. Também são menos preparados, com alguma importância, para os procedimentos de otorrinolaringologia, dermatologia e ortopedia. Os relacionados à pediatria e ginecologia e obstetrícia são mais amplamente trabalhados durante o curso.

Tabela 35. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem procedimentos selecionadas. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar teste da orelhinha	61,6	10,4	19,2	8,8
Realizar exame de fundo de olho (fundoscopia)	76	18,4	4,8	0,8
Realizar exame de mensuração da pressão intraocular (tonometria)	29,6	24	38,4	8
Remover corpo estranho da córnea ou conjuntiva	41,6	15,2	38,4	4,8
Realizar otoscopia	90,4	6,4	0,8	2,4
Realizar remoção de cerume	80,8	5,6	10,4	3,2
Remover corpo estranho do ouvido	66,4	16	14,4	3,2
Realizar incisão e drenagem de abscessos	92,8	4	0,8	2,4
Realizar sutura	96,8	0,8	0,8	1,6
Realizar curativo	97,6	0,8	0	1,6
Realizar imobilização ortopédica	82,4	10,4	4,8	2,4
Realizar redução da luxação	63,2	24	12	0,8
Realizar inserção de cateter venoso profundo	65,6	19,2	13,6	1,6
Realizar intubação traqueal	90,4	6,4	0,8	2,4
Realizar anestesia local	94,4	0,8	3,2	1,6
Realizar anestesia de bloqueio periférico	52	24,8	19,2	4
Realizar anestesia de bloqueio neuroeixo	21,6	25,6	46,4	6,4
Realizar anestesia geral	25,6	20,8	51,2	2,4
Remover lesões de pele	77,6	12,8	7,2	2,4
Realizar raspagem para determinação de fungo	83,2	4,8	9,6	2,4
Remover molusco contagioso	68,8	10,4	14,4	6,4
Realizar lavagem gástrica	80,8	8,8	5,6	4,8
Realizar Papanicolau	94,4	2,4	0,8	2,4
Realizar parto normal	87,2	8,8	1,6	2,4

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Com relação a procedimentos de apoio diagnóstico, segundo a Tabela 36, os coordenadores consideram que os egressos são aptos a realizar a maioria dos procedimentos indicados, sobretudo exames laboratoriais, raios-X simples, eletrocardiograma (ECG) e derivado proteico purificado (PPD) – teste de tuberculina. Apenas os itens de resultados de ultrassom e resultados de ressonância magnética apresentaram frequência de resposta inferior a 90%, respectivamente 83,2% e 59,2%. Note-se que tais procedimentos podem estar mais relacionados à prática de especialistas em radiologia e diagnóstico por imagem.

Tabela 36. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de medicina, a desenvolverem procedimentos de apoio diagnóstico selecionados. Brasil, 2015-2016

Procedimentos diagnósticos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Exames laboratoriais	99,2	0,8	0	0
Eletrocardiograma	97,6	1,6	0	0,8
Raios-X simples	99,2	0	0	0,8
Resultado de ultrassom	83,2	13,6	0,8	2,4
Resultado de ressonância magnética	59,2	30,4	8,8	1,6
Resultado de teste tuberculínico	92	4	0,8	3,2
Resultado de Papanicolau	96	3,2	0	0,8

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A maioria dos entrevistados concorda ou concorda totalmente que algumas tarefas executadas por médicos em centros de especialidades médicas poderiam ser realizadas por médicos no âmbito da APS (84,8%) e que isso faria com que essa área da saúde fosse mais resolutiva (84,8%), conforme descrevem as Tabela 37 e Tabela 38. Ademais, 65,6 % dos entrevistados, concordam ou concordam totalmente que isso poderia compensar a escassez de médicos especialistas (Tabela 39).

Tabela 37. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de médicos especialistas por médicos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	4	3,2
Discorda	7	5,6
Nem concorda nem discorda	8	6,4
Concorda	56	44,8
Concorda totalmente	50	40,0
Total	**125**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 38. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os médicos pudessem executar tarefas de competência de médicos especialistas no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	2	1,6
Discorda	10	8,0
Nem concorda nem discorda	4	3,2
Concorda	52	41,6
Concorda totalmente	54	43,2
Não respondeu	3	2,4
Total	**125**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 39. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos especialistas, caso os médicos pudessem executar tarefas de competência de médicos especialistas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	4	3,2
Discorda	18	14,4
Nem concorda nem discorda	18	14,4
Concorda	54	43,2
Concorda totalmente	28	22,4
Não respondeu	3	2,4
Total	**125**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Para os 106 coordenadores que concordaram ou concordaram totalmente que algumas tarefas executadas por médicos especialistas poderiam ser realizadas por médicos na APS, foi perguntado quais seriam estas atividades. Segundo a Tabela 40, foram feitas 401 citações (média de 4,0 por respondente), sendo que as pequenas cirurgias (suturas, curativos, drenagem de abscesso, biópsia, sondagem, colocação de drenos, etc.) foram referidas 90 vezes. Em

seguida, aparece o diagnóstico e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, asma, distúrbios endócrinos, insuficiência renal, obesidade, câncer, etc.), com 63 citações. Ainda foram citados procedimentos de atendimento de urgência (acidente vascular cerebral – AVC, infarto, etc.), diagnóstico e tratamento de doenças infectocontagiosas (inclusive doenças sexualmente transmissíveis – DST) e realização e ou interpretação de exames (laboratoriais, eletrocardiograma, raios-X, ultrassonografia, etc.).

Entre as tarefas citadas que remetem mais claramente a determinadas especialidades, as mais citadas foram em ginecologia e obstetrícia e mastologia (coleta de Papanicolau, pré-natal, ultrassonografia, mamografia, parto normal, etc.), dermatologia (cauterização, pequenas lesões, retirada de cistos, coleta de fungo, tratamento de unha encravada, etc.), oftalmologia (fundo de olho, acuidade visual, tanometria, retirada de corpo estranho do olho, etc.), otorrinolaringologia (remoção de cerume, remoção de corpo estranho de ouvido e nariz, audiometria, otoscopia, etc.), ortopedia e traumatologia (imobilização, redução de luxação, urgências, etc.) e pediatria (puericultura geral, vacinação, nutrição, diagnóstico e acompanhamento de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade – TDAH). Os procedimentos especializados menos citados foram em gastroenterologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, neurologia, urologia e anestesiologia.

Tabela 40. Ações médicas especializadas que poderiam ser realizadas por médicos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=106)

Grupo de atividades	n	%
Pequenas cirurgias (suturas, curativos, drenagem de abscesso, biópsia, sondagem, etc.)	90	22,4
Diagnóstico e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis	63	15,7
Procedimentos de ginecologia, obstetrícia e mastologia (Papanicolau, ultrassonografia, mamografia, parto normal, etc.)	49	12,2
Procedimentos de dermatologia (cauterização, pequenas lesões, retirada de cistos, coleta de fungo, etc.)	30	7,5
Procedimentos de oftalmologia (fundo de olho, acuidade visual, tanometria, retirada de corpo estranho do olho, etc.)	27	6,7
Procedimentos de otorrinolaringologia (remoção de cerume e corpo estranho, audiometria, otoscopia, etc.)	16	4,0
Procedimentos de ortopedia e traumatologia (imobilização, redução de luxação, urgências, etc.)	17	4,2
Procedimentos de pediatria (puericultura geral, vacinação, nutrição, diagnóstico e acompanhamento de TDH**, etc.)	16	4,0
Procedimentos relacionados a outras especialidades menos citadas (gastroenterologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, neurologia, urologia e anestesiologia)	30	7,5
Realizar e ou interpretar exames (laboratoriais, eletrocardiograma, Raios-X, ultrassonografia, etc.)	23	5,7
Procedimentos diversos de clínica médica e saúde da família	18	4,5
Atendimento de urgência (AVC**, infarto, etc.)	10	2,5
Diagnóstico e tratamento de doenças infectocontagiosas (inclusive DST**)	9	2,2
Total de citações	**401**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

*Dos 106 entrevistados que concordaram ou concordaram totalmente que atividades que são realizadas por médicos em Centros de Especialidades poderiam ser executadas por médicos da Atenção Primária, 3 não responderam quais atividades.

**TDH=Transtorno do Déficit de atenção com hiperatividade; AVC = Acidente Vascular Cerebral; DST = Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Enfermagem

Segundo os coordenadores entrevistados, o curso prepara os alunos de enfermagem para realizar a maioria das ações de saúde pesquisadas (Tabela 41), principalmente para ações de educação em saúde (98,9%), promoção da saúde (97,9%) e avaliação antropométrica (96,8%). As ações que obtiveram as menores frequências de respostas positivas, porém ainda significativas, incluíram orientações de saúde bucal (41,5%), realizar pré-natal de alto risco (50,0%), e realizar atendimento de urgência e emergência psiquiátricas (62,8%).

Em relação às ações gerenciais (Tabela 42), com exceção de atestar óbito, indicado por apenas 8,5% dos entrevistados, a maioria considerou que os alunos são preparados a executarem todas as ações listadas.

No que tange aos procedimentos (Tabela 43), mais de 90% dos coordenadores dos cursos de enfermagem consideram que o curso prepara os egressos para inserir sondas nasogástricas, nasoentéricas e uretrais, realizar curativos, administrar medicamentos e vacinas. Alguns procedimentos, especificamente os de competência médica, no entanto, apresentaram proporções bem inferiores de respostas, como realizar anestesia local (9,6%), realizar sutura (10,6%), realizar intubação traqueal (16,0%) e inserir cateter venoso profundo (19,1%).

Tabela 41. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em enfermagem, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara	NS/NR
Realizar acolhimento de classificação de risco	88,3	9,6	2,1	0
Realizar atendimento de urgência e emergência psiquiátricas	62,8	19,1	17	1,1
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos	74,5	18,1	7,4	0
Realizar pré-natal de baixo risco	92,6	7,4	0	0
Realizar pré-natal de alto risco	50,0	21,3	28,7	0
Realizar consulta de puericultura	95,7	2,1	2,1	0
Realizar avaliação antropométrica	96,8	2,1	1,1	0
Realizar planejamento familiar	92,6	4,3	1,1	2,1
Realizar grupos de educação em saúde	98,9	0	1,1	0
Realizar ações de promoção da saúde	97,9	2,1	0	0
Realizar orientações de saúde bucal	41,5	21,3	37,2	0
Trabalhar em equipe multidisciplinar	94,7	4,3	1,1	0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 42. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016

Ações gerenciais	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara	NS/NR
Planejar e realizar campanha de vacinação	94,7	3,2	1,1	1,1
Gerenciar Rede de Frio	86,2	8,5	4,3	1,1
Gerenciar Central de Esterilização Materiais	91,5	5,3	2,1	1,1
Supervisionar outros profissionais	89,4	2,1	7,4	1,1
Realizar notificação compulsória	94,7	4,3	0	1,1
Atestar óbito	8,5	7,4	81,9	2,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 43. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara	NS/NR
Realizar sutura	10,6	11,7	76,6	1,1
Retirar pontos	85,1	3,2	10,6	1,1
Realizar drenagem de abscesso	45,7	8,5	42,6	3,2
Realizar imobilizações	66	19,1	12,8	2,1
Realizar parto normal	42,6	14,9	40,4	2,1
Realizar parto normal emergencial	43,6	17	36,2	3,2
Inserir cateter venoso superficial	79,8	10,6	8,5	1,1
Inserir cateter venoso profundo	19,1	20,2	58,5	2,1
Realizar punção arterial	75,5	10,6	12,8	1,1
Inserir sondas nasogástricas	97,9	1,1	0	1,1
Inserir sondas nasoentéricas	93,6	3,2	1,1	2,1
Inserir sondas uretrais	94,7	2,1	2,1	1,1
Realizar Intubação traqueal	16	13,8	69,1	1,1
Prescrever curativos	83	10,6	5,3	1,1
Realizar curativos	97,9	1,1	0	1,1
Realizar anestesia Local	9,6	7,4	81,9	1,1
Administrar medicamentos	97,9	0	0	2,1
Administrar vacinas	95,7	2,1	1,1	1,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Por fim, em relação ao preparo para realização de procedimentos de apoio diagnóstico (Tabela 44), destacaram-se, entre os itens: realizar (97,9%) e interpretar resultado de Papanicolau (91,5%), realizar eletrocardiograma (86,2%), realizar (84%) e interprestar o teste tuberculínico (86,2%) e realizar o teste do pezinho (85,1%). Já as com menor proporção de respostas positivas foram observas em relação aos procedimentos que são de escopo médico, que incluíram solicitar exames de imagem, fazer diagnóstico médico, além de todos os itens que abordam a prescrição de medicamentos.

Tabela 44. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016

Procedimentos de apoio diagnóstico	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara	NS/NR
Solicitar exames laboratoriais	51,1	25,5	23,4	0
Interpretar exames laboratoriais	83,0	2,1	14,9	0
Solicitar exames de imagem	25,5	57,4	16	1,1
Interpretar exames de imagem	60,6	20,2	19,1	0
Realizar Papanicolau	97,9	1,1	1,1	0
Interpretar resultado de Papanicolau	91,5	5,3	3,2	0
Solicitar eletrocardiograma	31,9	56,4	10,6	1,1
Realizar eletrocardiograma	86,2	5,3	7,4	1,1
Interpretar eletrocardiograma	64,9	10,6	24,5	0
Realizar teste tuberculínico	84,0	10,6	4,3	1,1
Interpretar resultado de teste tuberculínico	86,2	7,4	5,3	1,1
Realizar teste do pezinho	85,1	8,5	5,3	1,1
Fazer diagnóstico médico	4,3	92,6	2,1	1,1
Comunicar diagnóstico médico a pacientes	26,6	59,6	12,8	1,1
Renovar prescrição médica	12,8	81,9	5,3	0
Prescrever antibióticos	8,5	78,7	10,6	2,1
Prescrever antifúngicos	12,8	75,5	9,6	2,1
Prescrever anti-inflamatórios	11,7	79,8	6,4	2,1
Prescrever medicamentos psicoativos	5,3	89,4	3,2	2,1
Prescrever anti-helmínticos	18,1	70,2	9,6	2,1
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônica já diagnosticada pelo médico	18,1	68,1	12,8	1,1
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda	6,4	85,1	5,3	3,2
Tratar deficiências nutricionais	31,9	46,8	21,3	0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Também foram realizadas questões opinativas relativas a uma possível ampliação do escopo de atuação dos enfermeiros no âmbito da APS, mediante incorporação ou compartilhamento de ações médicas.

Conforme apontado pela Tabela 45, a maioria dos entrevistados concorda ou concorda totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros (78,7%).

Tabela 45. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por enfermeiros no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	11	11,7
Discorda	5	5,3
Nem concorda nem discorda	2	2,1
Concorda	35	37,2
Concorda totalmente	39	41,5
Não respondeu	2	2,2
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Considerando a possibilidade de ampliação do escopo do enfermeiro na atenção básica, 79,8% dos entrevistados concordaram ou concordaram totalmente que essa estratégia aumentaria a resolutividade desse nível de atenção (Tabela 46).

Tabela 46. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	12	12,8
Discorda	3	3,2
Nem concorda nem discorda	3	3,2
Concorda	38	40,4
Concorda totalmente	37	39,4
Não respondeu	1	1,1
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Não obstante às respostas anteriores, apenas 47,8% dos coordenadores entrevistados, concordaram ou concordam totalmente que, se as tarefas executadas por médicos na Atenção Básica fossem

também realizadas por enfermeiros, haveria compensação da escassez de médicos nesse nível de atenção (Tabela 47).

Tabela 47. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	20	21,3
Discorda	18	19,1
Nem concorda nem discorda	9	9,6
Concorda	32	34,0
Concorda totalmente	13	13,8
Não respondeu	2	2,2
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Aos 74 (78,7%) respondentes que concordam ou concordam totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros, solicitou-se que eles citassem até cinco ações que se enquadrasse nesse cenário. As mais citadas foram: prescrição de medicamentos (37,8%) e realização de pré-natal (31,8%), conforme mostra a Tabela 48Tabela 40.

Tabela 48. Ações médicas que poderiam ser realizadas por enfermeiros no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)

Ações	n	%
Prescrição de medicamentos	28	37,8
Pré-natal	23	31,1
Acompanhamento/consulta de pacientes crônicos	22	29,7
Consultas	12	16,2
Solicitação de exames	12	16,2
Procedimentos diversos	12	16,2
Realizar ações de prevenção e promoção à saúde	10	13,5
Encaminhamentos	8	10,8
Acolhimento e triagem	8	10,8
Papanicolau	7	9,5
Suturas	7	9,5
Prescrever e realizar curativos	5	6,8
Realizar exames	5	6,8
Puericultura	5	6,8
Planejamento familiar	4	5,4
Drenagens	3	4,1
Lavagens	3	4,1
Atendimento de emergência	2	2,7
Outros	15	20,3
Não respondeu	3	4,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Farmácia

Na visão dos coordenadores dos cursos de farmácia as práticas e estágios preparam seus egressos para realizar grande parte das ações de saúde listadas (Tabela 49). Foram observadas as maiores frequências de respostas positivas para as ações: avaliação e orientações sobre interações medicamentosas (97,9%), realização de ações de promoção da saúde (95,7%) e orientação de pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo (94,7%). Já, apenas 6,4% dos respondentes consideram que os egressos são aptos a prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados pelo médico e 22,3% a prescrever medicamentos de pacientes já diagnosticados pelo médico.

Grande parte dos coordenadores entrevistados considerou que os alunos de farmácia são preparados durante o curso para a maioria das competências listadas (Tabela 50), sendo que as maiores frequências foram observadas para a dispensação de medicamentos (100%), analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos (96,8%) e controlar umidade e temperatura do estoque (96,8%).

Com relação aos procedimentos pesquisados (Tabela 51), a maioria dos respondentes considera que os egressos são preparados para aferir glicemia capilar (94,7%), aferir pressão arterial (93,6%) e anamnese farmacêutica (89,4%). Já os procedimentos que apresentaram as menores proporções de respostas incluíram realizar punção arterial (35,1%), executar procedimentos de inalação e nebulização (42,6%) e realizar curativos de pequeno porte (53,2%).

Tabela 49. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em farmácia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde	46,8	22,3	30,9	0
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	72,3	16	11,7	0
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados pelo médico	22,3	13,8	62,8	1,1
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados pelo médico	6,4	5,3	87,2	1,1
Realizar transcrição de medicamentos	51,1	11,7	31,9	5,3
Solicitar exames laboratoriais	33	12,8	54,3	0
Interpretar exames laboratoriais	89,4	6,4	4,3	0
Análises clínicas	92,6	3,2	4,3	0
Avaliação e orientações sobre interações medicamentosas	97,9	1,1	0	1,1
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes	97,9	0	0	2,1
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo	94,7	2,1	3,2	0
Realizar acolhimento	90,4	5,3	4,3	0
Realização de grupos de educação em saúde	85,1	8,5	6,4	0
Realização de ações de promoção da saúde	95,7	3,2	1,1	0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 50. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem competências durante a graduação em farmácia. Brasil, 2015-2016

Competências	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Emitir parecer farmacêutico a outros profissionais de saúde	84,0	8,5	5,3	2,1
Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos	96,8	2,1	1,1	0
Realizar planejamento e avaliação de farmacoterapia	94,7	3,2	1,1	1,1
Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos	72,3	12,8	13,8	1,1
Gerenciar central de medicamentos	85,1	7,4	7,4	0
Gerenciar resíduos dos serviços de saúde	81,9	9,6	6,4	2,1
Elaborar lista de medicamentos padronizados	83,0	6,4	8,5	2,1
Programar o abastecimento de medicamentos	81,9	9,6	8,5	0
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	64,9	18,1	16	1,1
Qualificar fornecedores	67,0	11,7	19,1	2,1
Realizar farmacovigilância	87,2	9,6	3,2	0
Distribuir medicamentos	86,2	6,4	6,4	1,1
Controlar umidade e temperatura do estoque	96,8	2,1	1,1	0
Fracionar medicamentos	79,8	4,3	14,9	1,1
Dispensar medicamentos	100	0	0	0
Dar apoio matricial a profissionais	75,5	11,7	11,7	1,1
Supervisionar outros profissionais	66,0	12,8	19,1	2,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 51. Percentual de respondentes concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em farmácia. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Executar procedimentos de inalação e nebulização	42,6	13,8	37,2	6,4
Realizar punção venosa	67,0	9,6	19,1	4,3
Realizar punção arterial	35,1	8,5	51,1	5,3
Administrar medicamentos injetáveis	70,2	8,5	19,1	2,1
Aferir glicemia capilar	94,7	1,1	2,1	2,1
Aferir pressão arterial	93,6	4,3	2,1	0
Realizar curativos de pequeno porte	53,2	5,3	39,4	2,1
Anamnese farmacêutica	89,4	7,4	1,1	2,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A maioria dos entrevistados concorda ou concorda totalmente que algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por farmacêuticos na APS (78,7%) e que isso faria com que esse nível de atenção fosse mais resolutiva (79,8%) (Tabela 52 e Tabela 52). Entretanto, apenas 47,8% dos coordenadores entrevistados, concordaram ou concordam totalmente que, num cenário de compartilhamento de funções, haveria compensação da escassez de médicos na APS (Tabela 54).

Tabela 52. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por farmacêuticos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	0	0
Discorda	8	8,5
Nem concorda nem discorda	12	12,8
Concorda	63	67
Concorda totalmente	11	11,7
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 53. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os farmacêuticos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	0	0
Discorda	6	6,4
Nem concorda nem discorda	11	11,7
Concorda	58	61,7
Concorda totalmente	17	18,1
Não respondeu	2	2,1
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 54. Percentual de respondentes concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os farmacêuticos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	1	1,1
Discorda	13	13,8
Nem concorda nem discorda	14	14,9
Concorda	49	52,1
Concorda totalmente	15	16
Não respondeu	2	2,1
Total	**94**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Entre os 74 coordenadores que concordaram ou concordaram totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por farmacêuticos também na APS, ocorreram 238 citações de atividades que se enquadrariam nesse cenário. Segundo a Tabela 55, a maior parte das citações se refere a atividades próprias da formação do farmacêutico, como prescrição de medicamentos (com 39 referências), acompanhamento farmacoterapêutico, avaliação de farmacoterapia ou análise de interação medicamentosa, orientação ao paciente sobre medicamentos e administração de medicamentos. Outras respostas são mais genéricas aos profissionais de saúde, tais como realizar anamnese, aferir glicemia e/ou pressão arterial e demais parâmetros fisiológicos (que apareceu 47 vezes).

Tabela 55. Ações médicas que poderiam ser realizadas por farmacêuticos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)

Grupo de atividades	n	%
Realizar anamnese, aferir glicemia e/ou pressão arterial e demais parâmetros fisiológicos	47	19,9
Prescrição de medicamentos	39	16,5
Acompanhamento farmacoterapêutico	21	8,9
Avaliar farmacoterapia e/ou analisar interação medicamentosa	19	8,1
Orientação ao paciente sobre medicamentos	18	7,6
Acompanhamento de pacientes crônicos	15	6,4
Ações administrativas e gerenciais das unidades de saúde	15	6,4
Solicitar e ou interpretar exames	13	5,5
Ações de educação em saúde	11	4,7
Acolhimento e triagem	9	3,8
Realizar curativos de pequeno porte, coleta de materiais biológicos e testes de rotina	9	3,8
Administração de medicamentos	8	3,4
Realizar diagnóstico	5	2,1
Outros	7	3,0
Total de citações	**236**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Psicologia

Segundo os coordenadores dos cursos de psicologia entrevistados, o curso de psicologia prepara os alunos para realizar a maioria das ações de saúde listadas (Tabela 56), em que as maiores frequências de respostas positivas foram para ações: realizar atendimento psicológico de rotina (100%), realizar atendimento à criança com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos (93,2%) e diagnosticar doença, síndrome ou condição de saúde mental (88,6%). Algumas práticas, no entanto, apresentaram proporções menores, como a realizar atendimento à população em situação de rua (43,2%), realizar orientações (individual ou coletiva) quanto ao uso adequado de psicofármacos (Ex: intoxicação/impregnação) (50,0%) e realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência (55,7%).

Ainda, segundo eles, o curso não é suficiente para preparar os egressos de psicologia a executar nenhum dos cinco procedimentos investigados na Tabela 57, sobretudo prescrever medicamentos previstos em protocolos institucionais, psicotrópicos e fitoterápicos.

Com relação a competências de apoio à saúde (Tabela 58), grande parte dos entrevistados considera que os egressos são aptos a realizar a maioria dos procedimentos pesquisados, em que as maiores taxas de respostas positivas foram para trabalhar em equipe multidisciplinar (97,7%), realizar encaminhamentos a serviços especializados (96,6%) e realizar ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como: CRAS, creches e escolas (90,9%).

Tabela 56. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em psicologia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar acolhimento psicológico com classificação de risco	80,7	14,8	3,4	1,1
Realizar atendimento psicológico de rotina	100	5,3	6,6	0
Realizar atendimento a pessoas com deficiência física e/ou intelectual	76,1	15,9	4,5	3,4
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência	55,7	31,8	11,4	1,1
Realizar atendimento familiar e/ou de casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico	75,0	19,3	4,5	1,1
Realizar atendimento à criança com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos	93,2	5,7	1,1	0
Realizar acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos	61,4	28,4	9,1	1,1
Realizar atendimento à população em situação de rua	43,2	31,8	25	0
Auxiliar pacientes durante reinserção social	60,2	25	14,8	0
Identificar situações de risco psicossocial	83,0	13,6	3,4	0
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar, inclusive em hospitais psiquiátricos	62,5	19,3	17	1,1
Realizar acompanhamento e notificação dos casos de violência	67	25	8	0
Atuar junto aos conselhos tutelares	68,2	22,7	9,1	0
Realizar acompanhamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	72,7	20,5	5,7	1,1
Diagnosticar doença, síndrome ou condição de saúde mental	88,6	10,2	1,1	0
Comunicar doença, síndrome ou condição de saúde mental ao paciente e/ou família	85,2	10,2	4,5	0
Realizar orientações (individual ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos	50,0	29,5	18,2	2,3
Realizar grupos de educação em saúde mental	83,0	12,5	3,4	1,1
Realizar ações de promoção da saúde	88,6	6,8	2,3	2,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 57. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em psicologia. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Solicitar exames laboratoriais	17	11,4	71,6	0
Interpretar exames laboratoriais	13,6	18,2	68,2	0
Prescrever medicamentos previstos em protocolos institucionais	3,4	2,3	94,3	0
Prescrever medicamentos psicotrópicos	1,1	2,3	95,5	1,1
Prescrever medicamentos fitoterápicos	1,1	4,5	93,2	1,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 58. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem competências durante a graduação em psicologia. Brasil, 2015-2016

Competências	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar encaminhamentos a serviços especializados	96,6	2,3	1,1	0
Orientar equipe de saúde sobre cuidados paliativos	64,8	19,3	15,9	0
Realizar educação permanente junto à equipe de saúde mental	81,8	13,6	3,4	1,1
Trabalhar em equipe multidisciplinar	97,7	2,3	0	0
Supervisionar outros profissionais	51,1	22,7	23,9	2,3
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família	70,5	13,6	15,9	0
Realizar ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como: CRAS, creches, escolas	90,9	6,8	1,1	1,1
Construir Projeto Terapêutico Singular	68,2	17	10,2	4,5

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 59. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por psicólogos no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	10	11,4
Discorda	15	17
Nem concorda nem discorda	12	13,6
Concorda	40	45,5
Concorda totalmente	9	10,2
Não respondeu	2	2,3
Total	**88**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Segundo as Tabela 59 e Tabela 60, a maioria dos respondentes concorda ou concorda totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por psicólogos (55,7%), e que isso faria com que essa área da saúde fosse mais resolutiva (62,5%). Note-se, porém, que, a despeito da maioria, foram os menores valores encontrados quando comparados com as outras profissões. E, ainda, a maioria discorda ou discorda totalmente que isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Primária (56,8%) (Tabela 61).

Tabela 60. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os psicólogos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	9	10,2
Discorda	13	14,8
Nem concorda nem discorda	9	10,2
Concorda	35	39,8
Concorda totalmente	20	22,7
Não respondeu	2	2,3
Total	**88**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 61. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os psicólogos pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	23	26,1
Discorda	27	30,7
Nem concorda nem discorda	15	19,7
Concorda	25	32,9
Concorda totalmente	8	10,5
Não respondeu	3	3,9
Total	**88**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Entre os 49 entrevistados que consideram que algumas atividades executadas por médicos poderiam ser realizadas por psicólogos na APS, foram realizadas 102 citações de quais seriam estas atividades, conforme descreve a Tabela 62. A maioria das citações é de ações que já são da competência dos psicólogos que atuam em nos serviços de APS, sendo elas: acolhimento e triagem, citados 38 vezes,

orientação aos pacientes e familiares (20 vezes), acompanhamento e atendimento terapêutico, individual ou em grupo (15 vezes) e encaminhamento para outros serviços (11 vezes) e realizar anamnese (6 vezes). Entre as atividades que de fato são restritivas de médicos, foram citadas o diagnóstico em saúde mental (8 vezes) e prescrição de medicamentos (2 vezes).

Tabela 62. Ações médicas que poderiam ser realizadas por psicólogos no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)

Grupo de atividades	n	%
Acolhimento e triagem	38	37,3
Orientação aos pacientes e familiares	20	19,6
Acompanhamento e atendimento terapêutico (individual ou em grupo)	15	14,7
Encaminhamento para serviços especializados	11	10,8
Realizar diagnóstico em saúde mental	8	7,8
Realizar anamnese	6	5,9
Prescrever medicamentos	2	2
Outros	2	2
Total de citações	**102**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

*Dos 49 entrevistados concordaram ou concordaram totalmente que algumas atividades médicas poderiam ser realizadas por psicólogos na atenção primária, 3 não responderam quais seriam estas atividades.

Fisioterapia

Segundo os coordenadores dos cursos de fisioterapia, o curso prepara os alunos para realizar a maioria das ações de saúde perscrutadas, como mostra a Tabela 63. Algumas práticas, no entanto, apresentaram proporções menores, sendo: avaliar e realizar atendimento de condições cinesiofuncionais, respiratórias e ou neurológicas em pacientes psiquiátricos (referida por 37,9% dos casos), avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes com hanseníase (56,3%) e realizar acolhimento com classificação de risco (52,9%).

Em relação ao preparo para a execução de procedimentos (Tabela 64), verificaram-se maiores respostas positivas aos itens realizar práticas de cinesioterapia, posicionar o paciente crítico no leito, aspirar vias aéreas e realizar terapias ósseo-articulares manuais e manipulativas (reeducação postural global - RPG, osteopatia). Foram referidos com menor frequência, mas ainda de forma expressiva, os procedimentos de instalar/manejar suporte respiratório/ventilatório e realizar imobilização ortopédica. Por fim, apenas 10,2% informaram que as práticas preparam para realizar redução de fraturas e 19,5% para realizar intubação traqueal.

Tabela 63. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em fisioterapia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar acolhimento com classificação de risco	52,9	17,2	26,4	3,4
Avaliar sinais e sintomas em pacientes críticos	90,8	6,9	1,1	1,1
Realizar diagnóstico cinesiofuncional	96,6	2,3	0	1,1
Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER/DORT)	94,3	0	2,3	3,4
Identificar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil	95,4	2,3	1,1	1,1
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente com DPOC	94,3	1,1	1,1	3,4
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente cardiopata	95,4	2,3	1,1	1,1
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes Diabéticos (neuropatia diabética, pé diabético)	86,2	9,2	2,3	2,3
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes com hanseníase	56,3	17,2	25,3	1,1
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes oncológicos	67,8	19,5	11,5	1,1
Avaliar e realizar atendimento de condições cinesiofuncionais/ respiratórias/ neurológicas em pacientes psiquiátricos	37,9	24,1	34,5	3,4
Estimular a reeducação do assoalho pélvico	92,0	5,7	1,1	1,1
Acompanhar e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses	86,2	9,2	2,3	2,3
Realização de ações de promoção da saúde	98,9	0	0	1,1
Realizar grupos de educação em saúde	88,5	3,4	5,7	2,3
Atuar em equipe multidisciplinar	93,1	5,7	0	1,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 64. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar intubação traqueal	19,5	9,2	65,5	5,7
Instalar/ manejar suporte respiratório/ ventilatório (oxigenioterapia/ ventilação mecânica)	75,9	13,8	5,7	4,6
Posicionar o paciente crítico no leito	97,7	1,1	0	1,1
Aspirar vias aéreas	94,3	2,3	2,3	1,1
Realizar terapias ósseo-articulares manuais e manipulativas (RPG, osteopatia)	89,7	5,7	2,3	2,3
Realizar imobilização ortopédica	51,7	16,1	28,7	3,4
Realizar redução de fraturas	10,3	3,4	82,8	3,4
Realizar práticas de cinesioterapia	98,9	0	0	1,1

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Sobre os procedimentos de apoio diagnóstico (Tabela 65), a maioria dos entrevistados considerou que os egressos dos cursos são aptos a executar as ações que são próprias da fisioterapia. As proporções chegaram próximas de 100%, com exceção da realização de tratamento de aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto, que obteve resposta positiva em 81,6% dos casos; interpretação de exames de imagem com 85,1%; e solicitação de exames de imagem, com 63,2%. As práticas que são próprias da medicina, como prescrição de anti-inflamatórios, analgésicos e broncodilatadores, obtiveram respostas negativas de quase todos os coordenadores. E, ainda, apenas 34,5% afirmou que o curso prepara para prescrição de órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista.

Em relação à execução de algumas ações gerenciais (Tabela 67), 93,1% respondeu que o curso prepara para desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório, 58,6% para realizar referência e contrarreferência de pacientes, 57,5% para dar apoio matricial a profissionais/equipes de saúde da família e 40,2% para supervisionar outros profissionais.

Tabela 65. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de apoio diagnóstico durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016

Procedimentos de apoio diagnóstico	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Solicitar exames de imagem	63,2	16,1	19,5	1,1
Interpretar exames de imagem	85,1	13,8	0	1,1
Prescrever anti-inflamatórios	0	1,1	96,6	2,3
Prescrever analgésicos	0	2,3	95,4	2,3
Prescrever broncodilatadores	3,4	4,6	87,4	4,6
Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista	34,5	12,6	48,3	4,6
Realizar tratamento de termoterapia/ crioterapia	98,9	0	0	1,1
Realizar tratamento de eletroterapia	98,9	0	0	1,1
Realizar tratamento fisioterapêutico de doenças crônicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas	98,9	0	0	1,1
Realizar tratamento de paciente com dor na coluna (lombar/torácica/cervical)	97,7	1,1	0	1,1
Realizar tratamento de paciente com dor crônica (fibromialgia/ artrose)	98,9	0	0	1,1
Realizar tratamento fisioterapêutico de estimulação precoce do desenvolvimento neuromotor em crianças	97,7	1,1	0	1,1
Realizar tratamento de alterações posturais e musculoesqueléticas	98,9	0	0	1,1
Realizar tratamento de aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto	81,6	13,8	2,3	2,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 66. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em fisioterapia. Brasil, 2015-2016

Ações gerenciais	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório	93,1	4,6	1,1	1,1
Dar apoio matricial a profissionais/equipes de saúde da família	57,5	16,1	21,8	4,6
Supervisionar outros profissionais	40,2	17,2	39,1	3,4
Realizar referência e contrarreferência de pacientes	58,6	8,0	20,7	12,6

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A maioria dos entrevistados concorda que algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por fisioterapeutas (70,1% concordam e concordam totalmente) e que isso faria com que essa área fosse mais resolutiva (72,4%), conforme descrevem a Tabela 67 e Tabela 68. Contudo, quando indagados se isso poderia compensar a escassez de médicos, 36,2% discordavam ou discordavam totalmente e 14,9% nem concordavam nem discordavam (Tabela 69).

Tabela 67. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por fisioterapeutas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	5	5,7
Discorda	10	11,5
Nem concorda nem discorda	10	11,5
Concorda	40	46,0
Concorda totalmente	20	23,0
Não respondeu	2	2,2
Total	**87**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 68. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os fisioterapeutas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	3	3,4
Discorda	3	3,4
Nem concorda nem discorda	14	16,1
Concorda	29	33,3
Concorda totalmente	34	39,1
Não respondeu	4	4,6
Total	**87**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 69. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os fisioterapeutas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	12	13,8
Discorda	21	24,1
Nem concorda nem discorda	13	14,9
Concorda	21	24,1
Concorda totalmente	15	17,2
Não respondeu	5	5,7
Total	**87**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Foi perguntado aos 60 coordenadores que concordaram ou concordaram totalmente que algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por fisioterapeutas na APS, quais seriam estas atividades. Das 102 citações, a maioria corresponde a atividades que já são executadas por fisioterapeutas nestes serviços, sendo: 22 citações para avaliação fisioterapêutica física e respiratória, 17 para prevenção de lesão e orientação postural, 17 para Ações relacionadas ao fluxo do atendimento (triagem, encaminhamento, solicitação de exames, etc.) e 16 para ações de prevenção, promoção e educação em saúde e 6 para executar procedimentos terapêuticos. As atividades de escopo privativo dos médicos foram referidas com menor frequência (entre 7 e 2 vezes), sendo elas: realizar diagnóstico funcional, tratamento de casos ortopédicos, prescrição de medicamentos e órteses e fornecimento de laudos periciais.

Tabela 70. Ações médicas que poderiam ser realizadas por fisioterapeutas no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=60)

Grupo de atividades	n	%
Avaliação fisioterapêutica física e respiratória	22	21,4
Prevenção de lesão e orientação postural	17	16,5
Ações relacionadas ao fluxo do atendimento	17	16,5
Ações de prevenção, promoção e educação em saúde	16	15,5
Realizar diagnóstico funcional	7	6,8
Executar procedimentos terapêuticos	6	5,8
Tratamento de casos ortopédicos	6	5,8
Prescrição de medicamentos e órteses	4	3,9
Fornecer laudos periciais	2	1,9
Outros	6	5,8
Total de citações	**102**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
*Dos 60 entrevistados que concordaram ou concordaram totalmente que algumas atividades médicas poderiam ser realizadas por fisioterapeutas na APS, 6 não responderam quais seriam estas atividades.

Nutrição

Os coordenadores dos cursos de nutrição entrevistados informaram que as práticas e estágios preparam os alunos para realizar a maioria das ações de saúde que foram apresentadas. Segundo a Tabela 71, aquelas mais referidas foram: realizar avaliação nutricional da criança (100%), gestante (98,7%) e idoso (96,1%) e realizar ações de promoção da saúde (97,4%). Já as ações menos referidas foram: realizar atendimento de urgência e emergência (19,7%), realizar orientação de saúde bucal (27,6%), realizar avaliação nutricional de pacientes psiquiátricos (40,8%), realizar acolhimento com classificação de risco (60,5%) e acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família (65,8%).

Já em relação aos quatro procedimentos investigados, de maneira geral, o curso de nutrição não é suficiente para preparar os egressos a executá-los, segundo avaliação dos entrevistados, com exceção da administração de nutrição enteral, referida por 77,6%. Os procedimentos de administração de nutrição parenteral, inserção de cateter superficial, de sondas nasogástricas e de nasoenterais tiveram percentuais positivos de 36,5%, 1,3% e 6,6%, respectivamente (Tabela 72).

Em relação aos procedimentos de apoio diagnóstico (Tabela 73), a maioria dos cursos prepara o aluno para solicitar (92,1%) e interpretar (93,4%) exames laboratoriais, prescrever complementos (90,8%) e suplementos (88,2%) alimentares e prescrever nutrição enteral (84,2%). Entretanto, a minoria prepara para prescrição de fitoterápicos (35,5%) e de nutrição parenteral (39,5%).

Tabela 71. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de nutrição, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar acolhimento com classificação de risco	60,5	22,4	13,2	3,9
Realizar consulta multiprofissional	88,2	5,3	6,6	0
Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio	68,4	14,5	14,5	2,6
Realizar atendimento de urgência e emergência	19,7	17,1	61,8	1,3
Realizar avaliação nutricional da criança	100	0	0	0
Realizar avaliação nutricional da gestante	98,7	1,3	0	0
Realizar avaliação nutricional do idoso	96,1	3,9	0	0
Realizar avaliação nutricional de pacientes psiquiátricos	40,8	27,6	26,3	5,3
Realizar avaliação nutricional de pacientes graves	92,1	5,3	1,3	1,3
Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório	93,4	3,9	0	2,6
Realizar avaliação de interação nutricional e medicamentosa	80,3	15,8	3,9	0
Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais	89,5	7,9	2,6	0
Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território	90,8	7,9	1,3	0
Realizar grupos de educação em saúde	89,5	7,9	2,6	0
Realizar orientação de saúde bucal	27,6	23,7	46,1	2,6
Realizar ações de promoção da saúde	97,4	1,3	0	1,3
Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família	65,8	11,8	19,7	1,3
Trabalhar em equipe multidisciplinar	93,4	3,9	1,3	1,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 72. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Administrar nutrição enteral	77,6	9,2	13,2	0
Administrar nutrição parenteral	35,5	26,3	36,8	1,3
Inserir cateter superficial	1,3	5,3	88,2	5,3
Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais	6,6	5,3	82,9	5,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 73. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016

Procedimentos de apoio diagnóstico	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Solicitar exames laboratoriais	92,1	6,6	1,3	0
Interpretar exames laboratoriais	93,4	6,6	0	0
Prescrever suplementos alimentares	88,2	6,6	5,3	2,6
Prescrever complementos alimentares	90,8	5,3	3,9	1,3
Prescrever fitoterápicos	35,5	26,3	35,5	2,6
Prescrever nutrição enteral	84,2	2,6	13,2	0
Prescrever nutrição parenteral	39,5	19,7	38,2	2,6

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Em relação à execução de algumas ações gerenciais, também há, segundo declaração dos entrevistados, preparação da maioria dos egressos, ainda que com menor frequência das ações de gestão de unidade de saúde, referida por 69,7%, e de avaliação e acompanhamento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes, referida por 77,6% (Tabela 74).

A maioria dos entrevistados concordou que algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por nutricionistas (82,9%) e que isso faria com que essa área da saúde fosse mais resolutiva (80,3%). Entretanto, apenas 43,4% concorda que isso poderia compensar a escassez de médicos (Tabela 75, Tabela 76, Tabela 77).

Tabela 74. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em nutrição. Brasil, 2015-2016

Ações gerenciais	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Gerir unidades de alimentação e nutrição	98,7	1,3	0	0
Gerir unidades de saúde	69,7	17,1	11,8	1,3
Dar apoio matricial a profissionais/equipes de saúde da família	81,6	10,5	5,3	2,6
Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes	77,6	18,4	1,3	2,6
Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde	92,1	3,9	2,6	1,3
Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos	94,7	1,3	1,3	2,6

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 75. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência médica por nutricionistas no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	1	1,3
Discorda	2	2,6
Nem concorda nem discorda	9	11,8
Concorda	30	39,5
Concorda totalmente	33	43,4
Não respondeu	1	1,3
Total	**76**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 76. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os nutricionistas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	1	1,3
Discorda	2	2,6
Nem concorda nem discorda	8	10,5
Concorda	31	40,8
Concorda totalmente	30	39,5
Não respondeu	4	5,3
Total	**76**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 77. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os nutricionistas pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	13	17,1
Discorda	12	15,8
Nem concorda nem discorda	15	19,7
Concorda	25	32,9
Concorda totalmente	8	10,5
Não respondeu	3	3,9
Total	**76**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Foi perguntado aos 64 coordenadores, os quais concordaram ou concordaram totalmente que algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por nutricionistas na APS, quais seriam estas atividades. Das 130 citações, a maioria corresponde a atividades que já são executadas por nutricionistas nestes serviços, incluindo algumas que são de escopo privativo da profissão, sendo: 47 citações para avaliação nutricional e exame físico, 32 para prescrição de dieta, 23 para orientação nutricional, 10 para acompanhamento nutricional dos pacientes, 7 para solicitar e interpretar exames e 3 para ações de prevenção e promoção à saúde. As atividades que são de escopo privativo dos médicos foram referidas com menor frequência, sendo 2 para realizar diagnóstico nutricional e 2 para prescrever fitoterápicos.

Tabela 78. Ações médicas que poderiam ser realizadas por nutricionistas no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=64)

Grupo de atividades	n	%
Avaliação nutricional e exame físico	47	36,2
Prescrição de dieta/prescrição nutricional	32	24,6
Orientação nutricional	23	17,7
Acompanhamento nutricional de pacientes (incluindo doenças crônicas)	10	7,7
Solicitar e ou interpretar exames	7	5,4
Ações de prevenção e promoção da saúde	3	2,3
Diagnóstico nutricional	2	1,5
Prescrição de fitoterápicos	2	1,5
Outros	4	3,1
Total de citações	**130**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

*Dos 64 entrevistados que concordaram ou concordaram totalmente que algumas atividades médicas poderiam ser realizadas por nutricionistas na APS, 3 não responderam quais seriam estas atividades.

Odontologia

A Tabela 79 descreve as ações de saúde que foram apresentadas aos coordenadores dos cursos de odontologia no sentido de averiguar em que medida o curso prepara os alunos para executá-las. Todas as ações foram referidas positivamente pela maioria dos entrevistados, sendo as com maiores proporções a realização de atendimento odontológico de urgência e emergência (96,8%), realização de atendimento à criança (odontopediatria) (96,8%) e realização de ações de promoção da saúde (95,2%), As menos referidas foram: realizar levantamento epidemiológico (57,1%), realizar ações de educação em saúde em grupos operativos (60,3%), realizar atividades de biossegurança do consultório odontológico (63,5%), realizar atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, (65,1%) e realizar ações de educação em saúde bucal (66,7%).

Em relação à execução de algumas ações gerenciais, há, na percepção da maioria dos entrevistados, a percepção de que o curso prepara os alunos para executá-las, à exceção da gestão de central de esterilização (biossegurança), em que apenas 46% declararam os alunos como aptos a realizá-la. As mais referidas, por mais de 70% dos casos, foram: gerir a equipe de saúde bucal, emitir parecer odontológico a outros profissionais de saúde e supervisionar técnicos e auxiliares em saúde bucal. Com frequências positivas em torno acima de 60% e abaixo de 70%: gerir unidades básicas de saúde, gerir equipamentos, materiais e insumos de uso odontológico e realizar planejamento de ações de saúde bucal (Tabela 81).

O questionário também contemplou questões referentes à preparação dos alunos para execução de trinta diferentes procedimentos na área da saúde bucal. Entre estes, apenas quatro foram referidos por menos da metade dos entrevistados como procedimentos cujo curso

prepara os alunos para execução: implante dentário, tratamento ortodôntico, extração de dentes inclusos, tratamento de dor orofacial e temporomandibular. Por outro lado, os que tiveram concordância de quase a totalidade dos respondentes foram: aplicação tópica de flúor, drenagem de abscesso e sutura. Também apareceram de forma expressiva, com valores superiores a 80%: tratamento periodontal, ulotomia/ulectomia e moldagem dentária. Por fim, os procedimentos que foram considerados pela maioria, mas com valores inferiores a 80%: aplicação de selante oclusal, raspagem subgengival, clareamento dental, cirurgia periodontal, restauração de amálgama, entre outros (Tabela 81).

Tabela 79. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação de odontologia, a desenvolverem ações de saúde selecionadas. Brasil, 2015-2016

Ações de saúde	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Realizar atendimento odontológico de urgência e emergência	96,8	3,2	0	0
Realizar atendimento à criança (odontopediatria)	96,8	1,6	0	1,6
Realizar atendimento odontológico a gestantes	90,5	7,9	1,6	0
Realizar atendimento odontológico a adolescentes	87,3	6,3	3,2	3,2
Realizar atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais	65,1	19	14,3	1,6
Realizar ações de educação em saúde com grupos operativos	60,3	6,3	1,6	31,7
Realizar ações de promoção da saúde	95,2	4,8	0	0
Realizar ações de educação em saúde bucal	66,7	1,6	0	31,7
Realizar atividades de biossegurança do consultório odontológico	63,5	4,8	0	31,7
Realizar levantamento epidemiológico	57,1	9,5	1,6	30,5

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 80. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em odontologia. Brasil, 2015-2016

Ações gerenciais	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Gerir unidades básicas de saúde	60,3	22,2	17,5	0
Gerir central de esterilização	46	31,7	22,2	0
Gerir equipamentos, materiais e insumos de uso odontológico	69,8	23,8	6,3	0
Trabalhar com equipes de saúde da família/equipes multiprofissionais	82,5	9,5	7,9	0
Gerir a equipe de saúde bucal	73,0	12,7	7,9	6,3
Emitir parecer odontológico a outros profissionais de saúde	74,6	7,9	6,3	11,1
Supervisionar técnicos e auxiliares em saúde bucal	71,4	15,9	7,9	4,8
Realizar planejamento de ações de saúde bucal	65,1	7,9	3,2	23,8

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 81. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos de saúde durante a graduação em odontologia. Brasil, 2015-2016

Procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NS/NR
Aplicação tópica de flúor	98,4	1,6	0	0
Aplicação de selante oclusal	76,2	6,3	0	17,5
Raspagem e polimento coronário	66,7	4,8	0	28,6
Raspagem subgengival	74,6	4,8	0	20,6
Moldagem dentária	82,5	6,3	1,6	9,5
Clareamento dental	79,4	4,8	3,2	12,7
Drenagem de abscesso	96,8	3,2	0	0
Sutura	96,8	3,2	0	0
Extração de decíduos	73	3,2	0	23,8
Extração de permanentes	79,4	1,6	0	19
Extração de dentes inclusos	47,6	14,3	6,3	31,7
Radiografias periapical/interproximal	69,8	3,2	0	27
Restauração atraumática (ionômero de vidro)	61,9	6,3	0	31,7
Restauração de dente decíduo	73,0	1,6	0	25,4
Restauração com resina fotopolimerizável	65,1	3,2	0	31,7
Restauração com amálgama	58,7	11,1	1,6	28,6
Pulpotomia dentária	77,8	6,3	0	15,9
Esvaziamento de canal	65,1	3,2	0	31,7
Tratamento de canal uni-radicular	65,1	3,2	0	31,7
Tratamento de canal bi e multi-radicular	57,1	9,5	1,6	31,7
Realizar ulotomia/ulectomia	85,7	6,3	1,6	6,3
Realizar sondagem de bolsa	73	1,6	0	25,4
Realizar cirurgia periapical	61,9	7,9	4,8	25,4
Tratamento periodontal	85,7	1,6	0	12,7
Cirurgia periodontal	73,0	9,5	4,8	12,7
Implante dentário	33,3	20,6	38,1	7,9
Realizar biópsia	73,0	9,5	1,6	15,9
Tratamento ortodôntico	33,3	12,7	22,2	31,7
Prescrever medicamentos de uso odontológico	65,1	1,6	1,6	31,7
Tratamento de dor orofacial e temporomandibular	49,2	14,3	4,8	31,7

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Segundo a Tabela 82, Tabela 83, Tabela 84, a maioria dos entrevistados concordou que algumas tarefas executadas por cirurgiões-dentistas na APS poderiam ser realizadas por técnicos em saúde bucal (66,6%) e que isso faria com que essa área fosse mais resolutiva (65,1%), mas apenas 46,5% concordaram que isso poderia compensar a escassez de cirurgiões-dentistas.

Tabela 82. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à execução de tarefas de competência de cirurgiões-dentistas por técnicos de saúde bucal no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	12	19
Discorda	7	11,1
Nem concorda nem discorda	1	1,6
Concorda	28	44,4
Concorda totalmente	14	22,2
Não respondeu	1	1,6
Total	**63**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 83. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os técnicos de saúde bucal pudessem executar tarefas de competência de cirurgiões-dentistas no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	7	11,1
Discorda	7	11,1
Nem concorda nem discorda	4	6,3
Concorda	22	34,9
Concorda totalmente	19	30,2
Não respondeu	4	6,3
Total	**63**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Tabela 84. Percentual de entrevistados concordantes e discordantes quanto à compensação da escassez de cirurgiões-dentistas na atenção básica, caso os técnicos de saúde bucal pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

Concordância	n	%
Discorda totalmente	13	20,6
Discorda	14	22,2
Nem concorda nem discorda	4	6,3
Concorda	18	28,6
Concorda totalmente	11	17,5
Não respondeu	3	4,8
Total	**63**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Foi perguntado aos 42 coordenadores que concordaram ou concordaram totalmente que algumas tarefas executadas por cirurgiões-dentistas poderiam ser realizadas por técnicos em saúde bucal na APS, quais seriam estas atividades. Das 99 citações, 19 se referiam à educação em saúde bucal, prevenção e ações coletivas, 10 a realização de exames (incluindo radiografia), 10 a diversas atividades de maior complexidade (ex.: drenagem de abscessos, abertura de coronária, moldagem, selamento, etc.) e 9 ao reparo do paciente, ambiente e instrumentos. Também foram referidas ações de exame clínico e diagnóstico, tratamento endodôntico, aplicação de flúor, profilaxia, escovação e higienização e exodontia (Tabela 85).

Tabela 85. Ações odontológicas que poderiam ser realizadas por técnicos de saúde bucal no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=42)

Grupos de atividades	n	%
Educação em saúde bucal, prevenção e ações coletivas	19	19,2
Realizar exames (incluindo radiografia)	10	10,1
Diversas atividades de maior complexidade (drenagem de abscessos, abertura de coronária, moldagem, selamento, etc.)	10	10,0
Preparo do paciente, ambiente e instrumentos	9	9,1
Realizar exame clínico e diagnóstico	8	8,1
Raspagem supra e subgengival	8	8,1
Tratamento endodôntico	7	7,1
Aplicação de flúor	6	6,1
Ações de profilaxia	6	6,1
Escovação e higienização	6	6,1
Exodontia	5	5,1
Total	**99**	**100**

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017
*Dos 42 entrevistados que concordaram ou concordaram totalmente que algumas atividades odontológicas poderiam ser realizadas por técnicos de saúde bucal, 6 não responderam quais seriam estas atividades.

Apêndices

Apêndice A – Questionário de ETAC para os cursos de medicina

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

1. Nome:
2. Município:
3. Estado/UF:
4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)
5. Ano de credenciamento junto ao MEC:
6. Ano de autorização para o funcionamento do curso:
7. Ano e semestre que o curso de medicina iniciou as atividades:
8. Ano que se deu o reconhecimento do Curso de Medicina
9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da medicina:

( ) Farmácia ( ) Enfermagem ( ) Nutrição

( ) Psicologia ( ) Odontologia ( ) Fisioterapia

( ) Assistência Social ( ) Educação Física ( ) Saúde Coletiva

( ) Biologia ( ) Biomedicina ( ) Fonoaudiologia

( ) Medicina Veterinária ( ) Terapia Ocupacional

10. Valor médio inicial da mensalidade do curso:
11. O Curso de Medicina participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES

( ) Programa Universidade para Todos - ProUni

( ) Outros. Especifique:

12. A instituição de ensino enviou proposta para abertura de novos cursos de medicina pelo Programa Mais Médicos? (Apenas para os municípios pré-selecionados pelo Governo Federal)

( ) Não

( ) Sim

( ) Foi aprovado. Quantas vagas foram autorizadas?_____

( ) Não foi aprovado

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro).

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

3. Qual o seu ano de nascimento:

4. Qual a sua formação profissional:
   ( ) Medicina ( ) Outro. Especificar:_____

5. Qual o seu ano de Formação:

6. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

7. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

8. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Medicina)?
   ( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade
   ( ) Outra. Especificar:

9. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e____ meses

10. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

11. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

12. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

13. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

14. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam medicina nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

15. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de medicina desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

16. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de medicina?
    ( ) Sim, público
    ( ) Sim, privado
    ( ) Não

17. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

18. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:
    ( ) Atenção hospitalar
    ( ) Atenção especializada/ambulatorial
    ( ) Atenção primária
    ( ) Gestão de serviços de saúde
    ( ) Pesquisa
    ( ) Docência

19. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?
    ( ) Sim
    ( ) Não

20. A estrutura curricular é organizada por disciplina?
    ( ) Sim
    ( ) Não, especifique:_____

21. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?
    ( ) Sim
    ( ) Não

22. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

23. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

24. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

25. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais
( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
( ) Unidades de Atenção Primária
( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas
( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
( ) Residência Terapêutica
( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária
( ) Lar de idosos
( ) Empresas
( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
( ) Outro(s). Especifique:

26. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso
( ) Preceptores contratados para este fim
( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO EGRESSO DE MEDICINA:

27. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Atendimento à criança (puericultura)				
Atendimento de pré-natal de alto risco				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento de urgências e emergências psiquiátricas				
Acompanhamento de pacientes psiquiátricos				
Atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes				
Atendimento oftalmológico				
Atendimento ortopédico				
Atendimento ginecológico				
Atendimento obstétrico				
Atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda				
Tratamento de micoses				
Tratamento de dermatites				
Tratamento de verminoses				
Tratamento de deficiências nutricionais				

28. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar teste da orelhinha				
Realizar exame de fundo de olho (fundoscopia)				
Realizar exame de mensuração da pressão intraocular (tonometria)				
Remover corpo estranho da córnea ou conjuntiva				
Realizar otoscopia				
Realizar remoção de cerume				
Remover corpo estranho do ouvido				
Realizar incisão e drenagem de abscessos				
Realizar sutura				
Realizar curativo				
Realizar imobilização ortopédica				
Realizar redução da luxação				
Realizar inserção de cateter venoso profundo				
Realizar intubação traqueal				
Realizar anestesia local				
Realizar anestesia de bloqueio periférico				
Realizar anestesia de bloqueio neuroeixo				
Realizar anestesia geral				
Remover lesões de pele				
Realizar raspagem para determinação de fungo				
Remover molusco contagioso				
Realizar lavagem gástrica				
Realizar papanicolau				
Realizar parto normal				

29. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora alguns procedimentos de apoio diagnóstico que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

APOIO DIAGNÓSTICO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Interpretar exames laboratoriais				
Interpretar eletrocardiograma (ECG)				
Interpretar raio x simples				
Interpretar resultado de ultrassom				
Interpretar resultado de ressonância magnética				
Interpretar resultado de teste tuberculínico (PPD)				
Interpretar resultado de papanicolau				

30. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Planejar e participar de campanhas de vacinação				
Planejar e realizar ações de promoção da saúde em conjunto com a equipe				
Coordenar uma equipe multidisciplinar				
Supervisionar ações individuais e coletivas de profissionais de saúde				
Realizar notificação compulsória				
Atestar óbito				
Planejar a distribuição de recursos humanos necessária para a realização das atividades de saúde				
Organizar processos de educação permanente para os profissionais sob supervisão				
Planejar a realização de compra de materiais, insumos e suprimentos				
Participar da construção de protocolos clínicos				
Participar dos processos de avaliação de qualidade de serviços de saúde				

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos em centros de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos especialistas.	☐	☐	☐	☐	☐

32. Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até 5 ações especializadas que podem ser realizadas por médicos na atenção primária

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice B – Questionário de ETAC para os cursos de enfermagem

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

2. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso de enfermagem iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso de enfermagem?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da enfermagem:

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Nutrição
( ) Psicologia	( ) Odontologia	( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

33. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

34. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

35. Qual o seu ano de nascimento:

36. Qual a sua formação profissional

( ) Enfermagem ( ) Outro. Especifique:

37. Qual o seu ano de formação:

38. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

39. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

40. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Enfermagem)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

41. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e _____ meses

42. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

43. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

44. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

45. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

46. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

47. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

48. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de Enfermagem?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

49. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

50. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

51. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

52. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

53. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

54. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

55. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

56. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

57. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Empresas

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

58. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETENCIAS DOS EGRESSOS DE ENFERMAGEM

59. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar acolhimento com classificação de riscos				
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas				
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos				
Realizar pré-natal de baixo risco				
Realizar pré-natal de alto risco				
Realizar consulta de puericultura				
Realizar avaliação antropométrica				
Realizar planejamento familiar				
Realizar grupos de educação em saúde				
Realizar ações de promoção da saúde				
Realizar orientações de saúde bucal				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				

60. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar sutura				
Retirar pontos				
Realizar drenagem de abscesso				
Realizar imobilizações				
Realizar parto normal				
Realizar parto normal emergencial				
Inserir cateter venoso superficial				
Inserir cateter venoso profundo				
Realizar punção arterial				
Inserir sondas nasogástricas				
Inserir sondas nasoentéricas				
Inserir sondas uretrais				
Realizar intubação traqueal				
Prescrever curativos				
Realizar curativos				
Realizar anestesia local				
Administrar medicamentos				
Administrar vacinas				

61. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora alguns procedimentos de apoio diagnóstico que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Solicitar exames de imagem				
Interpretar exames de imagem				
Realizar Papanicolau				
Interpretar resultado do Papanicolau				
Solicitar eletrocardiograma				
Realizar eletrocardiograma				
Interpretar eletrocardiograma				
Realizar teste tuberculínico (PPD)				
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)				
Realizar teste do pezinho				
Fazer diagnóstico médico				
Comunicar diagnóstico médico a pacientes				
Renovar prescrição médica				
Prescrever antibióticos				
Prescrever antifúngicos				
Prescrever anti-inflamatórios				
Prescrever medicamentos psicoativos				
Prescrever anti-helmínticos				
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico				
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda				
Tratar deficiências nutricionais				

62. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Planejar e realizar de campanha de vacinação				
Gerenciar Rede de Frio				
Gerenciar Central de Esterilização de Materiais				
Supervisionar outros profissionais				
Realizar notificação compulsória				
Atestar óbito				

63. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**totalmente**
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

64. Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por enfermeiros na atenção primária.

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice C – Questionário de ETAC para os cursos de farmácia

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

3. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso de farmácia iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso de farmácia?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da farmácia:

( ) Enfermagem	( ) Medicina	( ) Nutrição
( ) Psicologia	( ) Odontologia	( ) Fisioterapia
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Qual o valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

65. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

66. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

67. Qual o seu ano de nascimento:

68. Qual a sua formação profissional

( ) Farmácia ( ) Outro. Especifique:

69. Qual o seu ano de formação:

70. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

71. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

72. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Farmácia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

73. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e _____ meses

74. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

1. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?
2. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?
3. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

-( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

4. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

5. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

1. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

2. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

3. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

4. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

5. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

6. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

7. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

8. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

9. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

10. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Farmácias comerciais

( ) Farmácia popular

( ) Indústrias

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

11. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPEÊNCIAS DOS EGRESSOS DE FARMÁCIA

1. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-las:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde				
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica				
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados pelo médico				
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados pelo médico				
Realizar transcrição de medicamentos				
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Análises clínicas				
Avaliação e orientações sobre interações medicamentosas				
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde				
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo				
Realizar acolhimento				
Realização de grupos de educação em saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				

2. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Executar procedimentos de inalação e nebulização				
Realizar punção venosa				
Realizar punção arterial				
Administrar medicamentos injetáveis				
Aferir glicemia capilar				
Aferir pressão arterial				
Realizar curativos de pequeno porte				
Anamnese farmacêutica				

3. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Emitir parecer farmacêutico a outros profissionais de saúde				
Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos				
Realizar planejamento e avaliação de farmacoterapia				
Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos				
Gerenciar central de medicamentos				
Gerenciar resíduos dos serviços de saúde				
Elaborar lista de medicamentos padronizados				
Programar o abastecimento de medicamentos				
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde				
Qualificar fornecedores				
Realizar farmacovigilância				
Distribuir medicamentos				
Controlar a umidade e a temperatura do estoque				
Fracionar medicamentos				
Dispensar medicamentos				
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família				
Supervisionar outros profissionais				

5. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por farmacêuticos.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por farmacêuticos na atenção primária.

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice D – Questionário de ETAC para os cursos de fisioterapia

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

4. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da fisioterapia:

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Nutrição
( ) Psicologia	( ) Odontologia	( ) Enfermagem
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Qual o valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

75. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

76. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

77. Qual o seu ano de nascimento:

78. Qual a sua formação profissional

( ) Fisioterapia ( ) Outro. Especifique:

79. Qual o seu ano de formação:

80. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

81. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

82. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Fisioterapia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

83. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e _____ meses

84. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

6. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

7. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

8. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

-( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

9. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

10. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

12. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

13. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

14. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial (Centros de reabilitação)

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

15. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

16. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

17. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

18. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

19. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

20. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

21. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Empresas

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

22. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS DE FISIOTERAPIA

3. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar acolhimento com classificação de risco				
Avaliar sinais e sintomas em pacientes críticos				
Realizar diagnóstico cinesio-funcional				
Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER/DORT)				
Identificar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil				
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente com DPOC				
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente cardiopata				
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes diabéticos (neuropatia diabética, pé diabético)				
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes com hanseníase				
Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes oncológicos				
Avaliar e realizar atendimento de condições cinesio-funcionais/ respiratórias/ neurológicas em pacientes psiquiátricos				
Estimular a reeducação do assoalho pélvico				
Acompanhar e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses				
Realizar ações de promoção da saúde				
Realizar grupos de educação em saúde				
Atuar em equipe multidisciplinar				

4. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar intubação traqueal				
Instalar/ manejar suporte respiratório/ ventilatório (oxigenioterapia/ ventilação mecânica)				
Posicionar o paciente crítico no leito				
Aspirar vias aéreas				
Realizar terapias ósseo-articulares manuais e manipulativas (RPG, osteopatia)				
Realizar imobilização ortopédica				
Realizar redução de fraturas				
Realizar práticas de cinesioterapia				

3. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora alguns procedimentos de apoio diagnóstico que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Solicitar exames de imagem				
Interpretar exames de imagem				
Prescrever anti-inflamatórios				
Prescrever analgésicos				
Prescrever broncodilatadores				
Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista				
Realizar tratamento de termoterapia/ crioterapia				
Realizar tratamento de eletroterapia				
Realizar tratamento fisioterapêutico de doenças crônicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas				
Realizar tratamento de paciente com dor na coluna (lombar/ torácica/ cervical)				
Realizar tratamento de paciente com dor crônica (fibromialgia/ artrose)				
Realizar tratamento fisioterapêutico de estimulação precoce do desenvolvimento neuromotor em crianças				
Realizar tratamento de alterações posturais e musculoesqueléticas				
Realizar tratamento de aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal				

4. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório				
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família				
Supervisionar outros profissionais				
Realizar referência e contrarreferência de pacientes				

6. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**Nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por fisioterapeutas.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por fisioterapeutas na atenção primária.

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice E – Questionário de ETAC para os cursos de nutrição

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

5. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da nutrição:

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Fisioterapia
( ) Psicologia	( ) Odontologia	( ) Enfermagem
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Qual o valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

85. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

86. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

87. Qual o seu ano de nascimento:

88. Qual a sua formação profissional

( ) Nutrição ( ) Outro. Especifique:

89. Qual o seu ano de formação:

90. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

91. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

92. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Nutrição)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

93. Há quanto tempo você atua neste cargo na gestão atual? ___ anos e _____ meses

94. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

11. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

12. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

13. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

-( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

14. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam nutrição nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

15. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de nutrição desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

23. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

24. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

25. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

26. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

27. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

28. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

29. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

30. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

31. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

32. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Empresas

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

33. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS DE NUTRIÇÃO

5. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar acolhimento com classificação de risco				
Realizar consulta multiprofissional (projeto terapêutico)				
Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio				
Realizar atendimento de urgência e emergência				
Realizar avaliação nutricional da criança				
Realizar avaliação nutricional da gestante				
Realizar avaliação nutricional do idoso				
Realizar avaliação nutricional de pacientes psiquiátricos				
Realizar avaliação nutricional de pacientes graves				
Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório				
Realizar avaliação de interação nutricional e medicamentosa				
Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais				
Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território				
Realizar grupos de educação em saúde				
Realizar orientação de saúde bucal				
Realizar ações de promoção da saúde				
Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Bolsa Família				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				

6. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Administrar nutrição enteral				
Administrar nutrição parenteral				
Inserir cateter superficial				
Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais				

3. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora alguns procedimentos de apoio diagnóstico que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Prescrever suplementos alimentares				
Prescrever complemento alimentares				
Prescrever fitoterápicos				
Prescrever nutrição enteral				
Prescrever nutrição parenteral				

4. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Gerir unidades de alimentação e nutrição				
Gerir unidades de saúde				
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família				
Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes				
Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde				
Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos				

7. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**Nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por nutricionistas.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por nutricionistas na atenção primária.

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice F – Questionário de ETAC para os cursos de psicologia

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

6. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da psicologia:

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Fisioterapia
( ) Psicologia	( ) Nutrição	( ) Enfermagem
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Qual o valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

95. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

96. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

97. Qual o seu ano de nascimento:

98. Qual a sua formação profissional

( ) Psicologia ( ) Outro. Especifique:

99. Qual o seu ano de formação:

100. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

101. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

102. Qual a sua função nesta instituição de ensino (curso de psicologia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

103. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e _____ meses

104. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

16. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

17. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

18. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

-( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

19. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

20. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

34. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

35. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

36. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

37. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

38. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

39. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

40. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

41. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

42. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

43. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Empresas

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS DE PSICOLOGIA

7. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar acolhimento psicológico com classificação de risco				
Realizar atendimento psicológico de rotina				
Realizar atendimento a pessoas com deficiência física e/ou intelectual				
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência				
Realizar atendimento familiar e/ou de casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico				
Realizar atendimento à criança com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos				
Realizar acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos				
Realizar atendimento à população em situação de rua				
Auxiliar pacientes durante reinserção social				
Identificar situações de risco psicossocial				
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar, inclusive em hospitais psiquiátricos				
Realizar acompanhamento e notificação dos casos de violência				
Atuar junto aos conselhos tutelares				
Realizar acompanhamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas				
Diagnosticar doença, síndrome ou condição de saúde de mental				
Comunicar doença, síndrome ou condição de saúde de mental ao paciente e/ou família				

Realizar orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (Ex: intoxicação/impregnação)				
Realizar grupos de educação em saúde mental				
Realizar ações de promoção da saúde				

8. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Prescrever medicamentos previstos em protocolos institucionais				
Prescrever medicamentos psicotrópicos				
Prescrever medicamentos fitoterápicos				

3. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar encaminhamentos a serviços especializados				
Orientar equipe de saúde sobre cuidados paliativos				
Realizar educação permanente junto à equipe de saúde mental				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Supervisionar outros profissionais				
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família				
Construir Projeto Terapêutico Singular (PTS)				
Realizar ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como: CRAS, creches, escolas.				

8. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**Nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por cirurgiões-dentistas.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por cirurgiões-dentistas na atenção primária.

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice G – Questionário de ETAC para os cursos de odontologia

Esta pesquisa "*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*" está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

7. Nome:

2. Município:

3. Estado/UF:

4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)

5. Ano de credenciamento junto ao MEC:

6. Ano de autorização parar o funcionamento do curso:

7. Ano e semestre que o curso iniciou as atividades:

8. Ano que se deu o reconhecimento do curso?

9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da odontologia:

( ) Farmácia	( ) Medicina	( ) Fisioterapia
( ) Psicologia	( ) Nutrição	( ) Enfermagem
( ) Assistência Social	( ) Educação Física	( ) Saúde Coletiva
( ) Biologia	( ) Biomedicina	( ) Fonoaudiologia
( ) Medicina Veterinária	( ) Terapia Ocupacional	

10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)

11. Qual o valor médio inicial da mensalidade do curso:

12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?

( ) Não ( ) Sim

( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni
( ) Outros. Especifique:

13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)

14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral

15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)

16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?

( ) Racial ( ) Escola pública ( ) Renda ( ) Indígena

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

105. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

106. Qual a sua naturalidade (Município /UF): _____ /__

107. Qual o seu ano de nascimento:

108. Qual a sua formação profissional

( ) Odontologia ( ) Outro. Especifique:

109. Qual o seu ano de formação:

110. Qual o seu município/UF de formação:_____/__

111. Qual o seu maior nível de formação:

- Superior Completo
- Residência em: _____
- Especialização em: _____
- Mestrado em: _____
- Doutorado em: _____
- Pós-Doutorado em: _____

112. Qual a sua função nesta instituição de ensino (curso de odontologia)?

( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade

( ) Outra. Especificar:

113. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? ___ anos e _____ meses

114. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

21. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?

22. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?

23. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?

( ) aprovação em outras intuições ou cursos

( ) valor da mensalidade (instituições privadas)

( ) não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil

( ) mercado de trabalho concorrido

( ) baixos salários

( ) outro, qual_____

24. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

25. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)

( ) Do próprio município

( ) Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado

( ) Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado

( ) Outros. Especifique:

BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO

45. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso?

( ) Sim, privado

( ) Sim, público

( ) Não

46. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?

47. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:

( ) Atenção hospitalar

( ) Atenção especializada/ambulatorial

( ) Atenção primária

( ) Gestão de serviços de saúde

( ) Pesquisa

( ) Docência

( ) Clínica privada

48. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?

( ) Sim

( ) Não

49. A estrutura curricular é organizada por disciplina?

( ) Sim

( ) Não, especifique:_____

50. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?

( ) Sim

( ) Não

51. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?_____

52. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? _____

53. Qual a carga horária total de estágios/internato? _____

54. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

( ) Hospitais gerais

( ) Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidades de Atenção Primária

( ) Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)

( ) Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Residência Terapêutica

( ) Creches e/ou Escolas primárias/secundária

( ) Lar de idosos

( ) Empresas

( ) Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)

( ) Outro(s). Especifique:

55. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)

( ) Os docentes do curso

( ) Preceptores contratados para este fim

( ) Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades

( ) Outro. Especifique:

BLOCO 5- PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS DE ODONTOLOGIA

9. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar atendimento odontológico de urgência e emergência				
Realizar atendimento à criança (odontopediatria)				
Realizar atendimento odontológico a gestantes				
Realizar atendimento odontológico a pacientes psiquiátricos				
Realizar atendimento odontológico a pessoas com deficiência física e/ou intelectual				
Realizar grupos de educação em saúde para orientação de higiene bucal dentro da unidade de saúde				
Realizar ações de promoção da saúde				
Realizar tratamento de periodontia				
Realizar tratamento de alveolite				
Realizar tratamento ortodôntico				
Realizar tratamento endodôntico unirradicular				
Realizar tratamento endodôntico de molares				
Prescrever antibióticos				
Prescrever analgésicos				
Prescrever anti-inflamatórios				

10. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar aplicação de cariostático				
Realizar aplicação tópica de fluor				
Realizar aplicação de selante				
Evidenciar placa bacteriana				
Remover placa bacteriana				
Realizar raspagem/alisamento e polimento supragengivais				
Realizar moldagem dentogengival para construção de prótese dentária				
Instalar próteses dentárias				
Realizar adaptação de próteses dentárias				
Realizar cimentação de prótese				
Realizar clareamento				
Realizar capeamento pulpar				
Drenar abscesso				
Realizar curativo de demora				
Realizar sutura				
Retirar pontos de cirurgias				
Extrair dente decíduo				
Extrair dente permanente				
Realizar radiografias periapical/interproximal				
Restaurar dente decíduo				
Restaurar dentes permanentes				
Realizar selamento de cavidade dentária				
Realizar ulotomia/ulectomia				
Realizar pulpotomia dentária				
Realizar implante dentário				
Realizar sondagem de bolsa				
Realizar anestesia local				
Realizar cirurgia periapical				
Realizar cirurgia periodontal				
Realizar biópsia				

3. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Gerir unidades de saúde				
Gerir Central de Esterilização				
Gerir equipamentos, materiais e insumos				
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família				
Emitir parecer odontológico a outros profissionais de saúde				
Supervisionar outros profissionais				

9. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	**Discordo totalmente**	**Discordo**	**Nem concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
Algumas tarefas executadas cirurgiões-dentistas na Atenção Básica poderiam ser realizadas por outro profissional.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	☐	☐	☐	☐	☐
Isso poderia compensar a escassez de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica.	☐	☐	☐	☐	☐

Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações odontológicas que podem ser realizadas por outros profissionais na atenção primária.

_____

_____

_____

_____

_____

Observações:

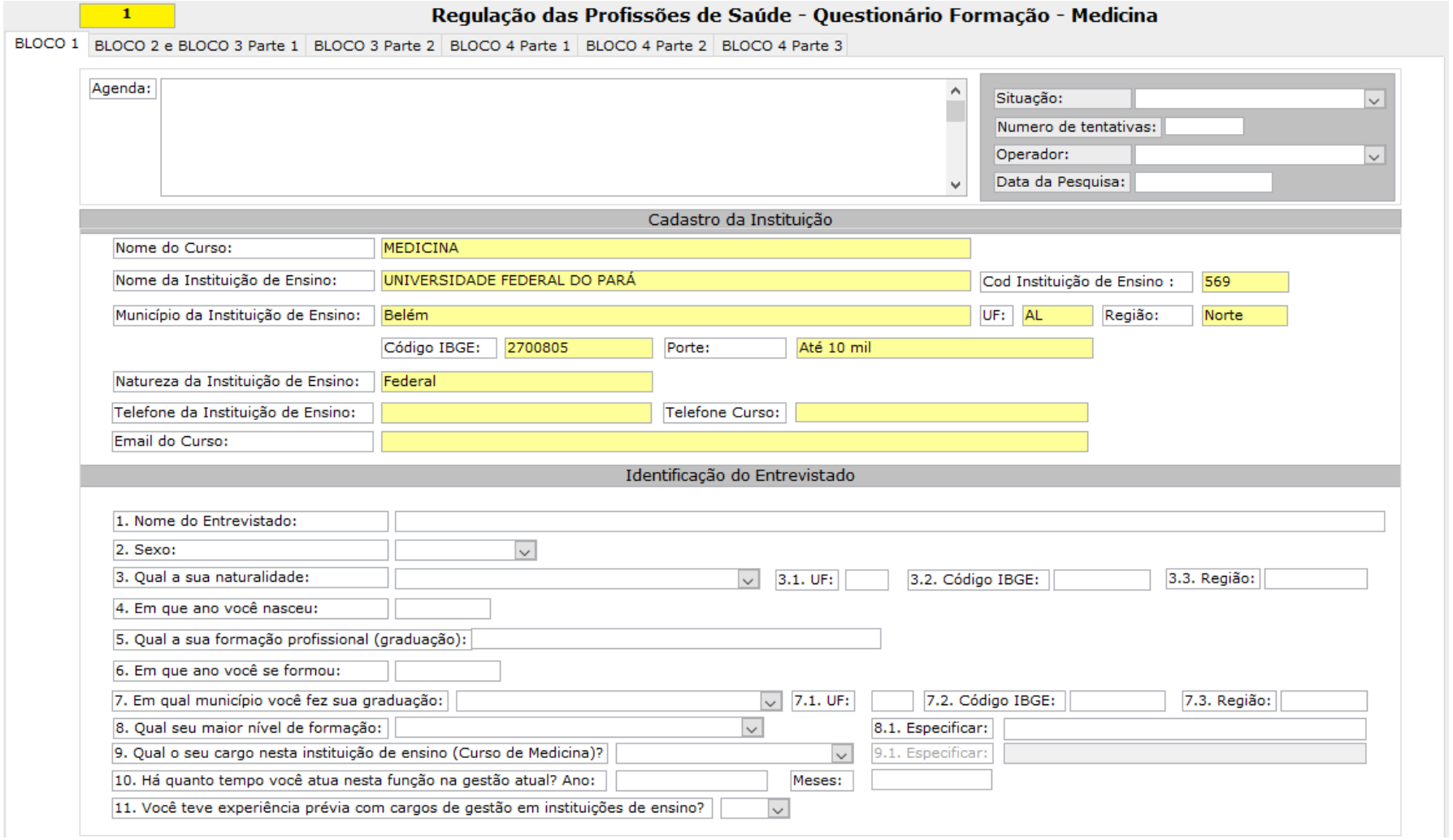
_____

_____

_____

Agradecemos a sua participação.

Apêndice H – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de medicina



1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Medicina

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?	
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?	
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?	
14.1. Especificar:	
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam medicina nesta instituição?	
15.1. Especificar:	
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de medicina desta instituição?	
16.1. Especificar:	

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de medicina?	
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?	

19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 6 para a de maior ênfase:

	Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
	Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
	Atenção primária		Docência

20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?	
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?	
21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:	
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?	
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?	
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?	
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?	

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Medicina

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado
- Unidades Pronto Atendimento
- Unidades Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializa
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundária
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) Especificar:

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Medicina

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Medicina

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Atendimento à criança (puericultura):
- 28.2. Atendimento de pré-natal de alto risco:
- 28.3. Atendimento de urgência e emergência:
- 28.4. Atendimento de urgências e emergências psiquiátrica:
- 28.5. Acompanhamento de pacientes psiquiátricos:
- 28.6. Atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes:
- 28.7. Atendimento oftalmológico:
- 28.8. Atendimento ortopédico:
- 28.9. Atendimento ginecológico:
- 28.10. Atendimento obstétrico:
- 28.11. Atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda:
- 28.12. Tratamento de micoses:
- 28.13. Tratamento de dermatites:
- 28.14. Tratamento de verminoses:
- 28.15. Tratamento de deficiências nutricionais:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Realizar teste da orelhinha:
- 29.2. Realizar exame de fundo de olho (fundoscopia):
- 29.3. Realizar exame de mensuração da pressão intraocular (tonometria):
- 29.4. Remover corpo estranho da córnea ou conjuntiva:
- 29.5. Realizar otoscopia:
- 29.6. Realizar remoção de cerume:
- 29.7. Remover corpo estranho do ouvido:
- 29.8. Realizar incisão e drenagem de abscessos:
- 29.9. Realizar sutura:
- 29.10. Realizar curativo:
- 29.11. Realizar imobilização ortopédica:
- 29.12. Realizar redução da luxação:
- 29.13. Realizar inserção de cateter venoso profundo:
- 29.14. Realizar intubação traqueal:
- 29.15. Realizar anestesia local:
- 29.16. Realizar anestesia de bloqueio periférico:
- 29.17. Realizar anestesia de bloqueio neuroeixo:
- 29.18. Realizar anestesia geral:
- 29.19. Remover lesões de pele:
- 29.20. Realizar raspagem para determinação de fungo:
- 29.21. Remover molusco contagioso:
- 29.22. Realizar lavagem gástrica:
- 29.23. Realizar papanicolau:
- 29.24. Realizar parto normal:

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Medicina

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Medicina

30. As práticas e estágios preparam os alunos para interpretar os seguintes procedimentos de apoio diagnóstico:

- 30.1. Exames laboratoriais:
- 30.2. Eletrocardiograma (ECG):
- 30.3. Raio x simples:
- 30.4. Resultado de ultrassom:
- 30.5. Resultado de ressonância magnética :
- 30.6. Resultado de teste tuberculínico (PPD):
- 30.7. Resultado de papanicolau:

31. As práticas e estágios preparam os alunos para executar as seguintes ações gerenciais

- 31.1. Planejar e participar de campanhas de vacinação :
- 31.2. Planejar e realizar ações de promoção da saúde em conjunto com a equipe:
- 31.3. Coordenar uma equipe multidisciplinar:
- 31.4. Supervisionar ações individuais e coletivas de profissionais de saúde :
- 31.5. Realizar notificação compulsória:
- 31.6. Atestar óbito:
- 31.7. Planejar a distribuição de recursos humanos necessária para a realização das atividades de saúde :
- 31.8. Organizar processos de educação permanente para os profissionais sob supervisão :
- 31.9. Planejar a realização de compra de materiais, insumos e suprimentos :
- 31.10. Participar da construção de protocolos clínicos:
- 31.11. Participar dos processos de avaliação de qualidade de serviços de saúde :

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Medicina

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Medicina

32. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

32.1. Algumas tarefas executadas por médicos em centros de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS:

32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:

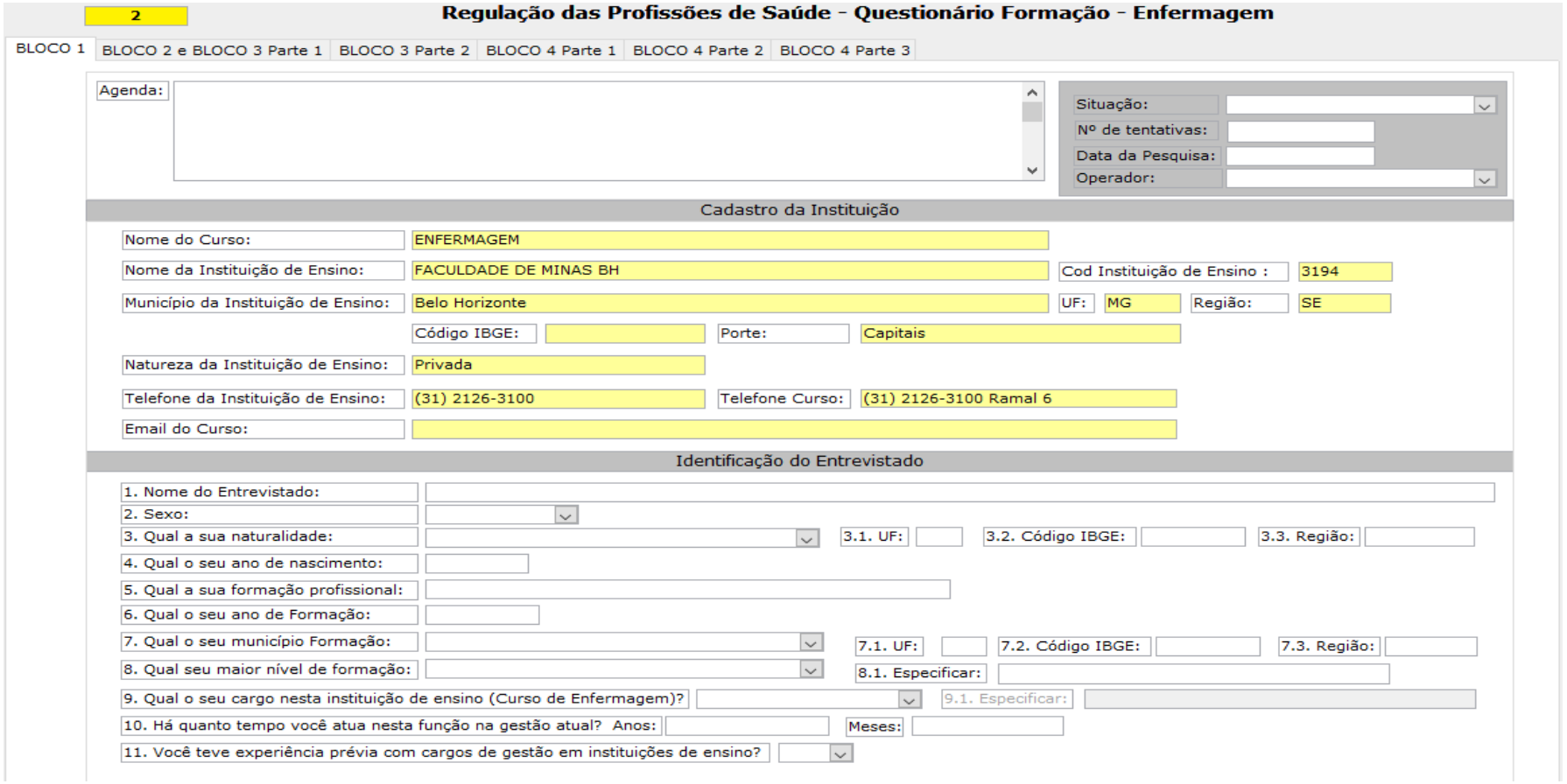
32.3. Isso poderia compensar a escassez de médicos especialistas:

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até 5 ações especializadas que podem ser realizadas por médicos na atenção primária

Observação do Pesquisador

Observação:

Apêndice I – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de enfermagem



2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Agenda:

Situação:
Nº de tentativas:
Data da Pesquisa:
Operador:

Cadastro da Instituição

Nome do Curso:	ENFERMAGEM					
Nome da Instituição de Ensino:	FACULDADE DE MINAS BH	Cod Instituição de Ensino :	3194			
Município da Instituição de Ensino:	Belo Horizonte	UF:	MG	Região:	SE	
Código IBGE:		Porte:	Capitais			
Natureza da Instituição de Ensino:	Privada					
Telefone da Instituição de Ensino:	(31) 2126-3100	Telefone Curso:	(31) 2126-3100 Ramal 6			
Email do Curso:						

Identificação do Entrevistado

1. Nome do Entrevistado:					
2. Sexo:					
3. Qual a sua naturalidade:		3.1. UF:	3.2. Código IBGE:	3.3. Região:	
4. Qual o seu ano de nascimento:					
5. Qual a sua formação profissional:					
6. Qual o seu ano de Formação:					
7. Qual o seu município Formação:		7.1. UF:	7.2. Código IBGE:	7.3. Região:	
8. Qual seu maior nível de formação:		8.1. Especificar:			
9. Qual o seu cargo nesta instituição de ensino (Curso de Enfermagem)?		9.1. Especificar:			
10. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? Anos:		Meses:			
11. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?					

2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?		Ano / semestre:	
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?			
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?			
14.1. Especificar:			
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam enfermagem nesta instituição?			
15.1. Especificar:			
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de enfermagem desta instituição?			
16.1. Especificar:			

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de Enfermagem?				
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?				
19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:		Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
		Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
		Atenção primária		Docência
20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?				
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?				
21.1. Se "Não", como é organizada:				
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?				
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?				
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?				
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?				

2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
- Unidades Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializadas
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundária
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) Especificar:

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Medicina

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde?

- 28.1. Realizar acolhimento com classificação de riscos:
- 28.2. Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas:
- 28.3. Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos:
- 28.4. Realizar pré-natal de baixo risco:
- 28.5. Realizar pré-natal de alto risco:
- 28.6. Realizar consulta de puericultura:
- 28.7. Realizar avaliação antropométrica:
- 28.8. Realizar planejamento familia:
- 28.9. Realizar grupos de educação em saúde:
- 28.10. Realizar ações de promoção da saúde:
- 28.11. Realizar orientações de saúde bucal:
- 28.12. Trabalhar em equipe multidisciplinar:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Realizar sutura:
- 29.2. Retirar pontos:
- 29.3. Realizar drenagem de abscesso:
- 29.4. Realizar imobilizações:
- 29.5. Realizar parto normal:
- 29.6. Realizar parto normal emergencial:
- 29.7. Inserir cateter venoso superficial:
- 29.8. Inserir cateter venoso profundo:
- 29.9. Realizar punção arterial:
- 29.10. Inserir sondas nasogástricas:
- 29.11. Inserir sondas nasoentéricas:
- 29.12. Inserir sondas uretrais:
- 29.13. Realizar intubação traqueal:
- 29.14. Prescrever curativos:
- 29.15. Realizar curativos:
- 29.16. Realizar anestesia local:
- 29.17. Administrar medicamentos:
- 29.17. Administrar vacinas:

2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Enfermagem

30. As práticas e estágios preparam os alunos para os seguintes procedimentos de apoio diagnóstico?

30.1. Solicitar exames laboratoriais:	
30.2. Interpretar exames laboratoriais:	
30.3. Solicitar exames de imagem:	
30.4. Interpretar exames de imagem:	
30.5. Realizar Papanicolau :	
30.6. Interpretar resultado do Papanicolau:	
30.7. Solicitar eletrocardiograma:	
30.8. Realizar eletrocardiograma:	
30.9. Interpretar eletrocardiograma:	
30.10. Realizar teste tuberculínico (PPD):	
30.11. Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD):	
30.12. Realizar teste do pezinho:	
30.13. Fazer diagnóstico médico:	
30.14. Comunicar diagnóstico médico a pacientes:	
30.15. Renovar prescrição médica:	
30.16. Prescrever antibióticos:	
30.17. Prescrever antifúngicos:	
30.18. Prescrever anti-inflamatórios:	
30.19. Prescrever medicamentos psicoativos:	
30.20. Prescrever anti-helmínticos:	
30.21. Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico:	
30.22. Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda:	
30.23. Tratar deficiências nutricionais:	

31. As práticas e estágios preparam os alunos executar as seguintes ações gerenciais?:

31.1. Planejar e realizar de campanha de vacinação :	
31.2. Gerenciar Rede de Frio:	
31.3. Gerenciar Central de Esterilização de Materiais:	
31.4. Supervisionar outros profissionais :	
31.5. Realizar notificação compulsória:	
31.6. Atestar óbito:	

2

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Enfermagem

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Enfermagem

32. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

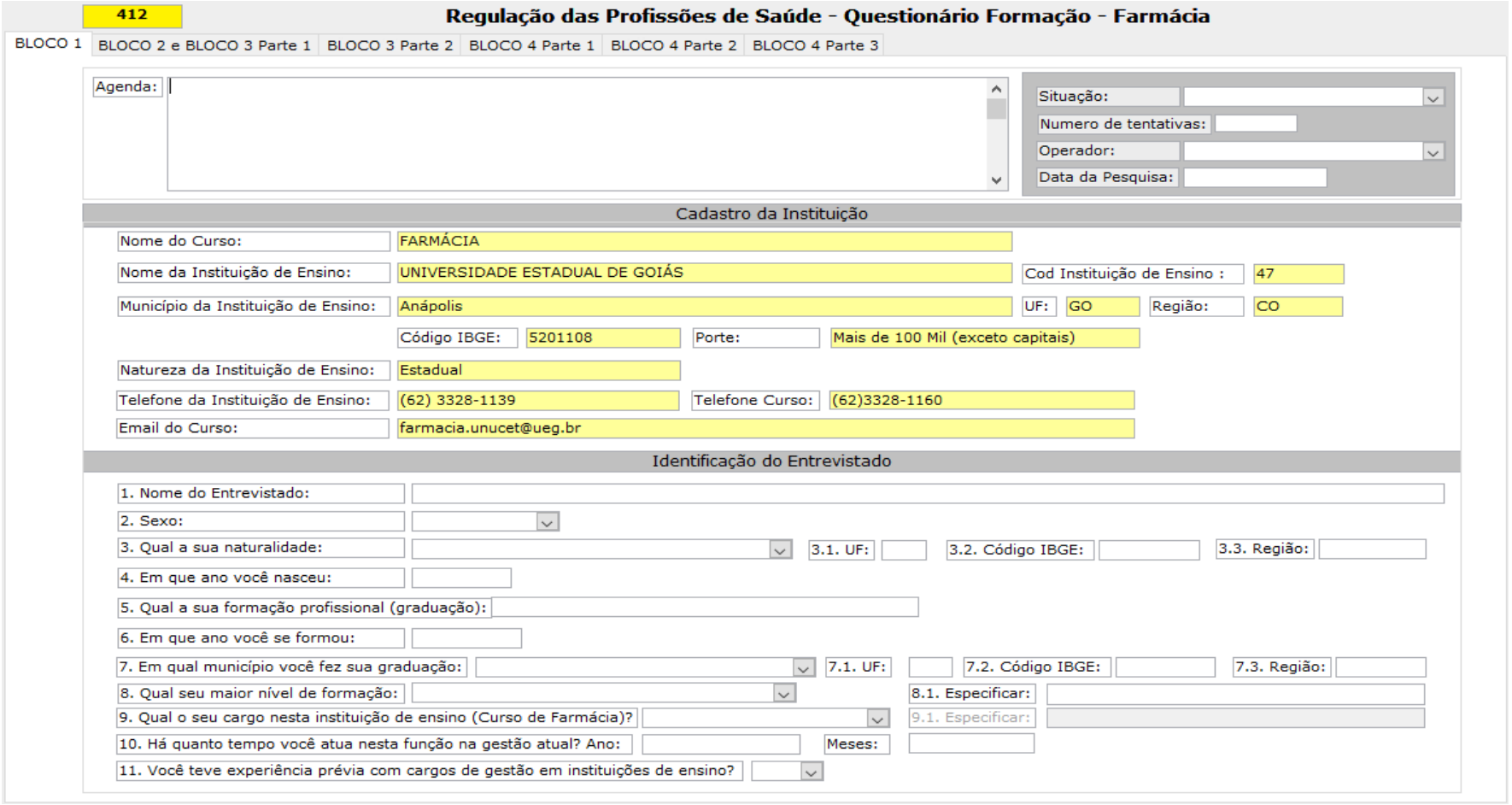
32.1. Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros.:	
32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:	
32.3. Isso poderia compensar a escassez de médicos especialistas:	

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até 5 ações especializadas que podem ser realizadas por enfermeiros na atenção primária	

Observação do Pesquisador

Observação:	

Apêndice J – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de farmácia



412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Agenda:

Situação:
Numero de tentativas:
Operador:
Data da Pesquisa:

Cadastro da Instituição

Nome do Curso:	FARMÁCIA						
Nome da Instituição de Ensino:	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS			Cod Instituição de Ensino :	47		
Município da Instituição de Ensino:	Anápolis			UF: GO	Região:	CO	
	Código IBGE:	5201108	Porte:	Mais de 100 Mil (exceto capitais)			
Natureza da Instituição de Ensino:	Estadual						
Telefone da Instituição de Ensino:	(62) 3328-1139		Telefone Curso:	(62)3328-1160			
Email do Curso:	farmacia.unucet@ueg.br						

Identificação do Entrevistado

1. Nome do Entrevistado:							
2. Sexo:							
3. Qual a sua naturalidade:		3.1. UF:		3.2. Código IBGE:		3.3. Região:	
4. Em que ano você nasceu:							
5. Qual a sua formação profissional (graduação):							
6. Em que ano você se formou:							
7. Em qual município você fez sua graduação:		7.1. UF:		7.2. Código IBGE:		7.3. Região:	
8. Qual seu maior nível de formação:				8.1. Especificar:			
9. Qual o seu cargo nesta instituição de ensino (Curso de Farmácia)?				9.1. Especificar:			
10. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? Ano:		Meses:					
11. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?							

412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?
    14.1. Especificar:
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam farmácia nesta instituição?
    15.1. Especificar:
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de farmácia desta instituição?
    16.1. Especificar:

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Farmácia - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de farmácia?
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?
19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 6 para a de maior ênfase:

	Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
	Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
	Atenção primária		Docência

20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?
    21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?

412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Farmácia - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades de Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializac
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundárias
- Lar de idosos
- Farmácias comerciais
- Farmácia popular
- Indústrias
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) 26_16_Especific:

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Farmácia

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde:
- 28.2. Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica:
- 28.3. Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados pelo médico:
- 28.4. Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados pelo médico:
- 28.5. Realizar transcrição de medicamentos:
- 28.6. Solicitar exames laboratoriais:
- 28.7. Interpretar exames laboratoriais:
- 28.8. Análises clínicas:
- 28.9. Avaliação e orientações sobre interações medicamentosas:
- 28.10. Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde:
- 28.11. Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo:
- 28.12. Realizar acolhimento:
- 28.13. Realização de grupos de educação em saúde:
- 28.14. Realização de ações de promoção da saúde:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Executar procedimentos de inalação e nebulização:
- 29.2. Realizar punção venosa:
- 29.3. Realizar punção arterial:
- 29.4. Administrar medicamentos injetáveis:
- 29.5. Aferir glicemia capilar:
- 29.6. Aferir pressão arterial:
- 29.7. Realizar curativos de pequeno porte:
- 29.8. Anamnese farmacêutica:

412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Farmácia

30. As práticas e estágios preparam os alunos para:

30.1. Emitir parecer farmacêutico a outros profissionais de saúde:	
30.2. Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos:	
30.3. Realizar planejamento e avaliação de farmacoterapia:	
30.4. Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos:	
30.5. Gerenciar central de medicamentos:	
30.6. Gerenciar resíduos dos serviços de saúde:	
30.7. Elaborar lista de medicamentos padronizados	
30.8. Programar o abastecimento de medicamentos	
30.9. Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	
30.10. Qualificar fornecedores	
30.11. Realizar farmacovigilância	
30.12. Distribuir medicamentos	
30.13. Controlar a umidade e a temperatura do estoque	
30.14. Fracionar medicamentos	
30.15. Dispensar medicamentos	
30.16. Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família	
30.17. Supervisionar outros profissionais	

412

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Farmácia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Farmácia

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

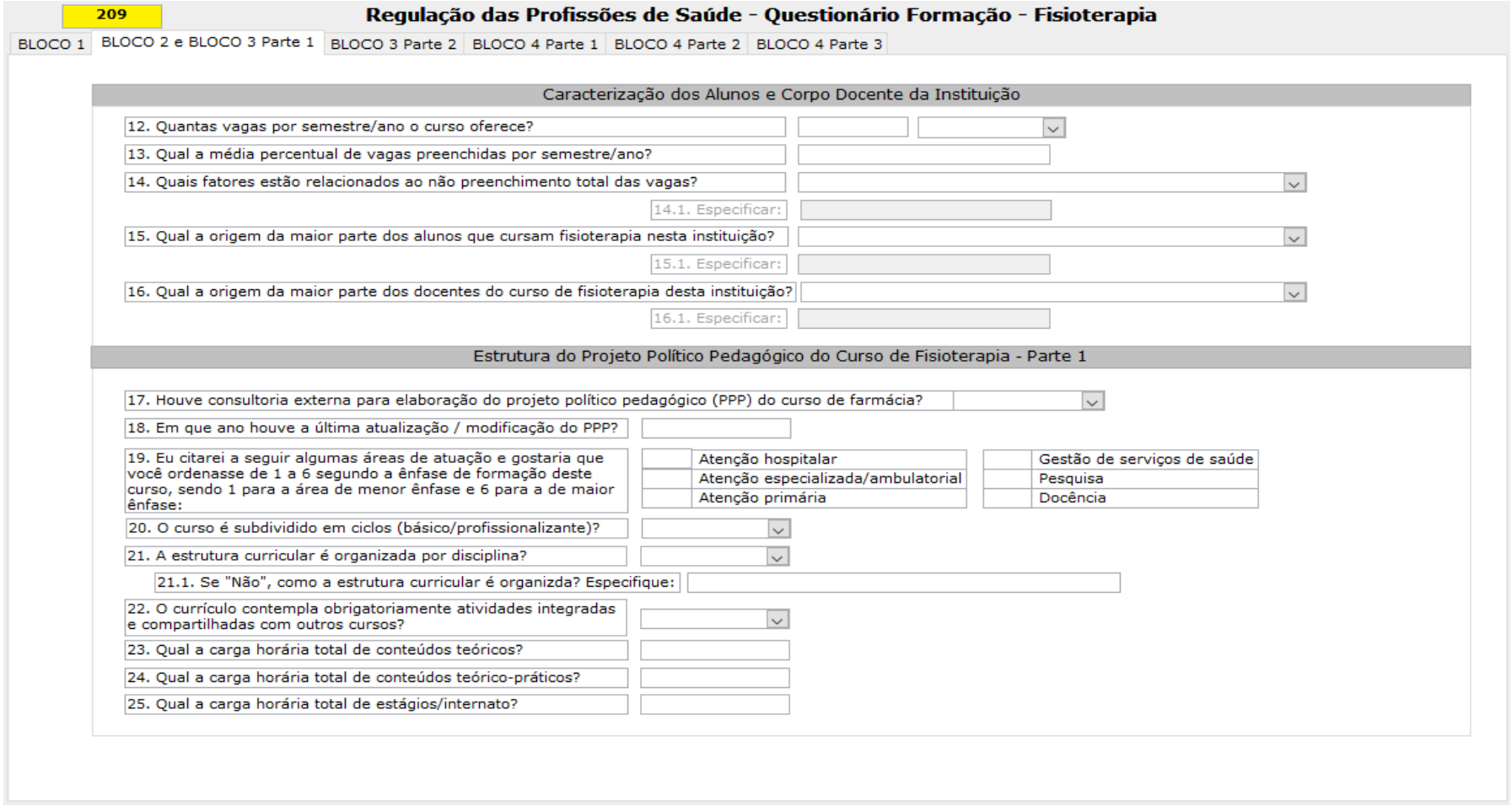
31.1. Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por farmacêuticos:	
32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:	
32.3. Isso poderia compensar a escassez de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica:	

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por farmacêuticos na atenção primária.

Observação do Pesquisador

Observação:

Apêndice L – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de fisioterapia



209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Fisioterapia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?
14.1. Especificar:
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam fisioterapia nesta instituição?
15.1. Especificar:
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de fisioterapia desta instituição?
16.1. Especificar:

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de farmácia?
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?
19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 6 para a de maior ênfase:

	Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
	Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
	Atenção primária		Docência

20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?
21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Fisioterapia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades de Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializac
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundárias
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) 26_16_Especific:

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Fisioterapia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Fisioterapia

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Realizar acolhimento com classificação de risco:
- 28.2. Avaliar sinais e sintomas em pacientes críticos:
- 28.3. Realizar diagnóstico cinesio-funcional:
- 28.4. Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER/DORT):
- 28.5. Identificar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil:
- 28.6. Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente com DPOC:
- 28.7. Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico do paciente cardiopata:
- 28.8. Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes Diabéticos (neuropatia diabética, pé diabético):
- 28.9. Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes com hanseníase:
- 28.10. Avaliar e realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes oncológicos:
- 28.11. Avaliar e realizar atendimento de condições cinesio-funcionais/ respiratórias/ neurológicas em pacientes psiquiátricos:
- 28.12. Estimular a reeducação do assoalho pélvico:
- 28.13. Acompanhar e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses:
- 28.14. Realização de ações de promoção da saúde:
- 28.15. Realizar grupos de educação em saúde:
- 28.16. Atuar em equipe multidisciplinar:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Realizar intubação traqueal:
- 29.2. Instalar/ manejar suporte respiratório/ ventilatório (oxigenioterapia/ ventilação mecânica):
- 29.3. Posicionar o paciente crítico no leito:
- 29.4. Aspirar vias aéreas:
- 29.5. Realizar terapias ósseo-articulares manuais e manipulativas (RPG, osteopatia):
- 29.6. Realizar imobilização ortopédica:
- 29.7. Realizar redução de fraturas:
- 29.8. Realizar práticas de cinesioterapia:

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Fisioterapia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Fisioterapia

30. As práticas e estágios preparam os alunos para:	
30.1. Solicitar exames de imagem:	
30.2. Interpretar exames de imagem:	
30.3. Prescrever anti-inflamatórios:	
30.4. Prescrever analgésicos:	
30.5. Prescrever broncodilatadores:	
30.6. Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista:	
30.7. Realizar tratamento de termoterapia/ crioterapia:	
30.8. Realizar tratamento de eletroterapia:	
30.9. Realizar tratamento fisioterapêutico de doenças crônicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas:	
30.10. Realizar tratamento de paciente com dor na coluna (lombar/torácica/cervical)	
30.11. Realizar tratamento de paciente com dor crônica (fibromialgia/ artrose)	
30.12. Realizar tratamento fisioterapêutico de estimulação precoce do desenvolvimento neuromotor em crianças	
30.13. Realizar tratamento de alterações posturais e musculoesqueléticas:	
30.14. Realizar tratamento de aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto:	

31. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações gerenciais:	
31.1. Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório	
31.2. Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família:	
31.3. Supervisionar outros profissionais:	
31.4. Realizar referência e contrarreferência de pacientes:	

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Fisioterapia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Fisioterapia

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

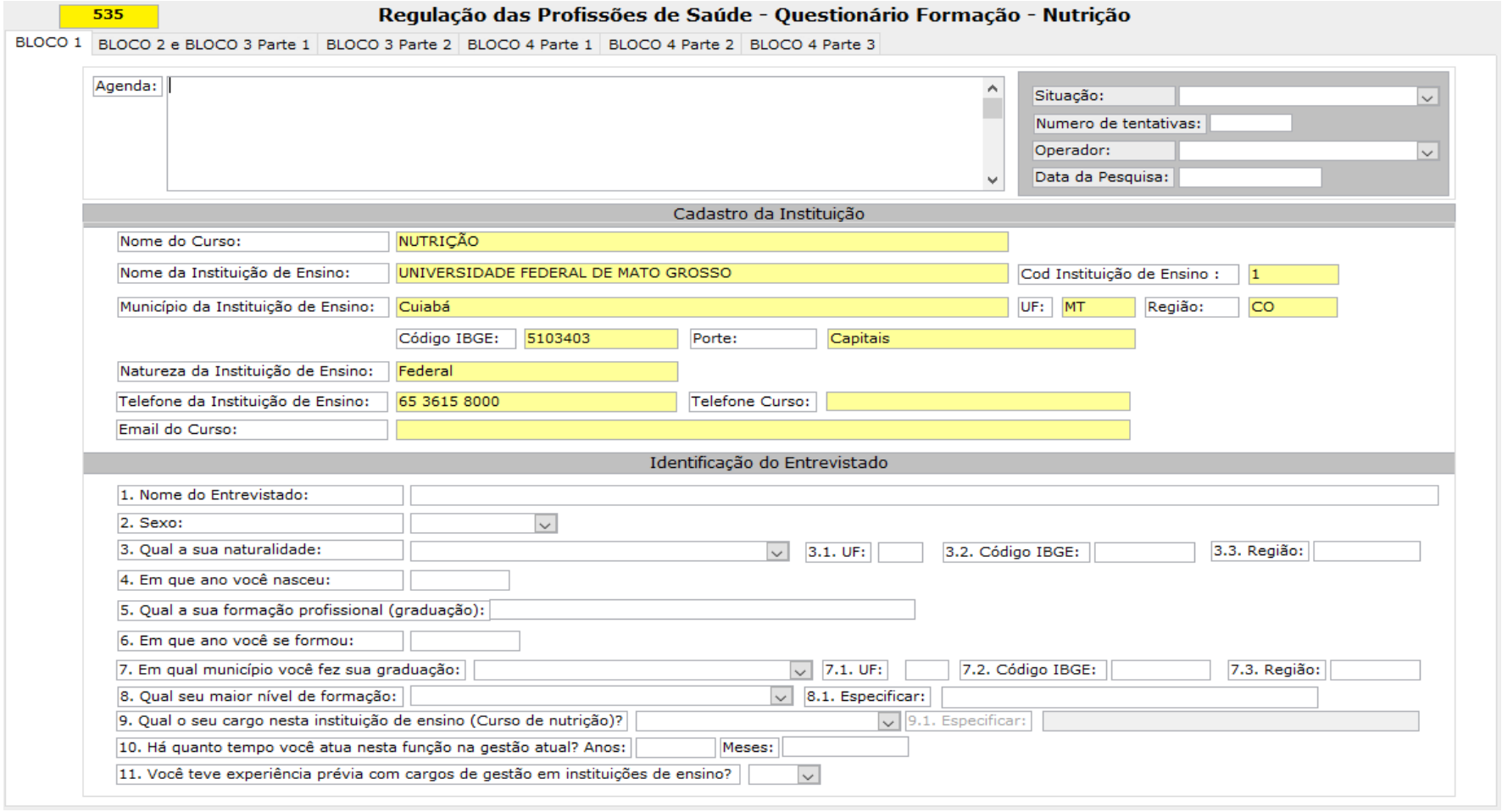
31.1. Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por fisioterapeutas:	
32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:	
32.3. Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica:	

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por fisioterapeutas na atenção primária.

Observação do Pesquisador

Observação:

Apêndice M – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de nutrição



535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Agenda:

Situação:
Numero de tentativas:
Operador:
Data da Pesquisa:

Cadastro da Instituição

Nome do Curso:	NUTRIÇÃO						
Nome da Instituição de Ensino:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO			Cod Instituição de Ensino :	1		
Município da Instituição de Ensino:	Cuiabá			UF: MT	Região:	CO	
	Código IBGE:	5103403	Porte:	Capitais			
Natureza da Instituição de Ensino:	Federal						
Telefone da Instituição de Ensino:	65 3615 8000		Telefone Curso:				
Email do Curso:							

Identificação do Entrevistado

1. Nome do Entrevistado:						
2. Sexo:						
3. Qual a sua naturalidade:		3.1. UF:		3.2. Código IBGE:		3.3. Região:
4. Em que ano você nasceu:						
5. Qual a sua formação profissional (graduação):						
6. Em que ano você se formou:						
7. Em qual município você fez sua graduação:		7.1. UF:		7.2. Código IBGE:		7.3. Região:
8. Qual seu maior nível de formação:		8.1. Especificar:				
9. Qual o seu cargo nesta instituição de ensino (Curso de nutrição)?		9.1. Especificar:				
10. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? Anos:		Meses:				
11. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?						

535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?	
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?	
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?	
14.1. Especificar:	
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam nutrição nesta instituição?	
15.1. Especificar:	
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de nutrição desta instituição?	
16.1. Especificar:	

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Nutrição - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de nutrição?	
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?	

19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 6 para a de maior ênfase:

	Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
	Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
	Atenção primária		Docência

20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?	
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?	
21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:	
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?	
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?	
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?	
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?	

535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Nutrição - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades de Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializac
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundárias
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) 26_16_Especifici

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Nutrição

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Realizar acolhimento com classificação de risco:
- 28.2. Realizar consulta multiprofissional (projeto terapêutico):
- 28.3. Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio:
- 28.4. Realizar atendimento de urgência e emergência:
- 28.5. Realizar avaliação nutricional da criança:
- 28.6. Realizar avaliação nutricional da gestante:
- 28.7. Realizar avaliação nutricional do idoso:
- 28.8. Realizar avaliação nutricional de pacientes psiquiátricos:
- 28.9. Realizar avaliação nutricional de pacientes graves:
- 28.10. Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório:
- 28.11. Realizar avaliação de interação nutricional e medicamentosa:
- 28.12. Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais:
- 28.13. Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território:
- 28.14. Realizar grupos de educação em saúde:
- 28.15. Realizar orientação de saúde bucal:
- 28.16. Realizar ações de promoção da saúde:
- 28.17. Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família:
- 28_18_Trabalhar em equipe multidisciplinar:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Administrar nutrição enteral:
- 29.2. Administrar nutrição parenteral:
- 29.3. Inserir cateter superficial:
- 29.4. Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais:

535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Nutrição

30. As práticas e estágios preparam os alunos para:

- 30.1. Solicitar exames laboratoriais:
- 30.2. Interpretar exames laboratoriais:
- 30.3. Prescrever suplementos alimentares:
- 30.4. Prescrever complemento alimentares:
- 30.5. Prescrever fitoterápicos:
- 30.6. Prescrever nutrição enteral:
- 30.7. Prescrever nutrição parenteral:

31. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações gerenciais:

- 31.1. Gerir unidades de alimentação e nutrição:
- 31.2. Gerir unidades de saúde:
- 31.3. Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família:
- 31.4. Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes:
- 31.5. Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde:
- 31.6. Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos:

535

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Nutrição

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Nutrição

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

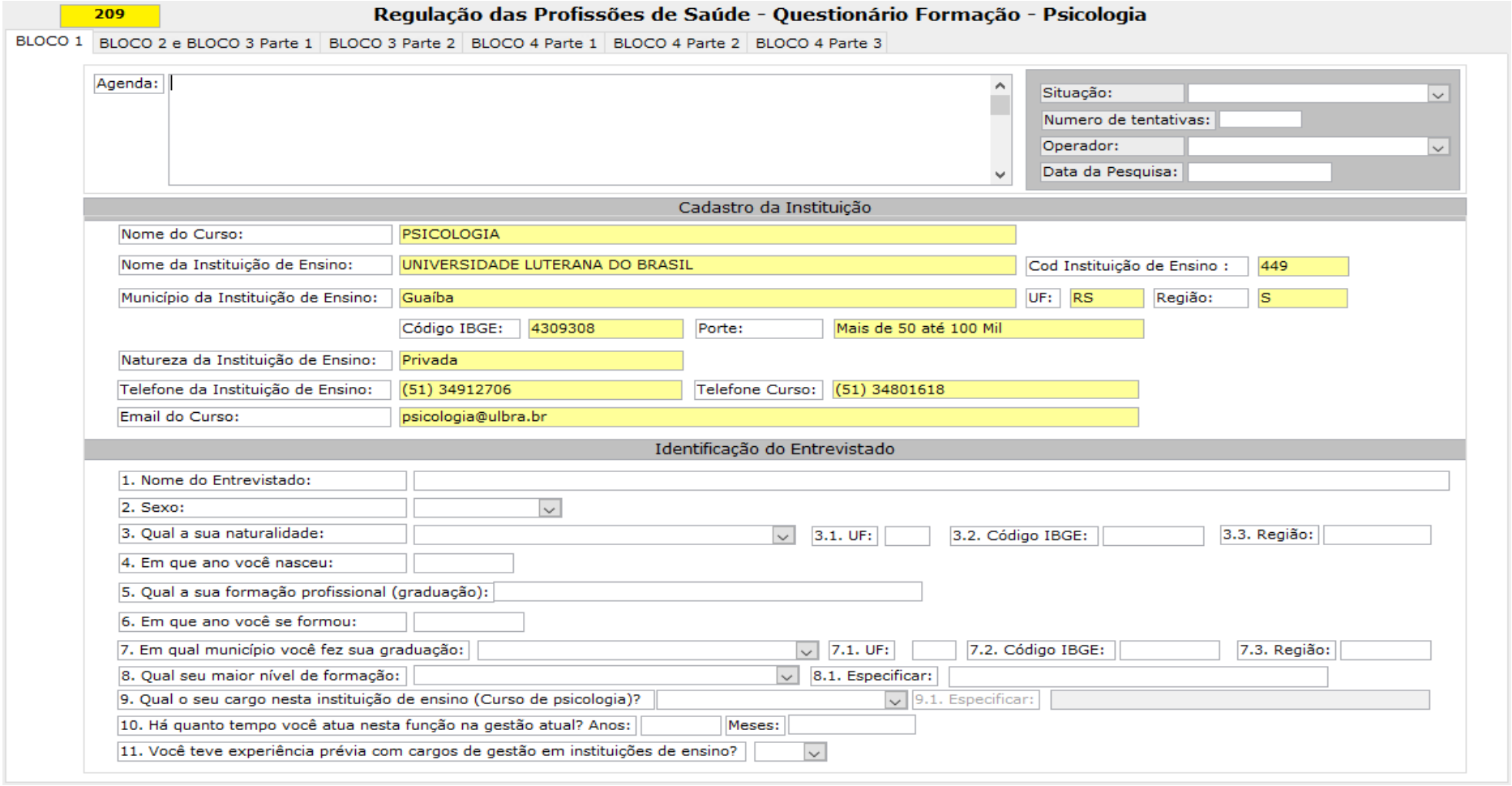
31.1. Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por nutricionistas:	
32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:	
32.3. Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica:	

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por nutricionistas na atenção primária.

Observação do Pesquisador

Observação:

Apêndice N – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de psicologia



209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Agenda:

Situação:
Numero de tentativas:
Operador:
Data da Pesquisa:

Cadastro da Instituição

Nome do Curso:	PSICOLOGIA						
Nome da Instituição de Ensino:	UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL			Cod Instituição de Ensino :	449		
Município da Instituição de Ensino:	Guaíba			UF: RS		Região:	S
	Código IBGE:	4309308	Porte:	Mais de 50 até 100 Mil			
Natureza da Instituição de Ensino:	Privada						
Telefone da Instituição de Ensino:	(51) 34912706		Telefone Curso:	(51) 34801618			
Email do Curso:	psicologia@ulbra.br						

Identificação do Entrevistado

1. Nome do Entrevistado:
2. Sexo:
3. Qual a sua naturalidade: | 3.1. UF: | 3.2. Código IBGE: | 3.3. Região:
4. Em que ano você nasceu:
5. Qual a sua formação profissional (graduação):
6. Em que ano você se formou:
7. Em qual município você fez sua graduação: | 7.1. UF: | 7.2. Código IBGE: | 7.3. Região:
8. Qual seu maior nível de formação: | 8.1. Especificar:
9. Qual o seu cargo nesta instituição de ensino (Curso de psicologia)? | 9.1. Especificar:
10. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? Anos: | Meses:
11. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?	
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?	
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?	
14.1. Especificar:	
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam psicologia nesta instituição?	
15.1. Especificar:	
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de psicologia desta instituição?	
16.1. Especificar:	

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Psicologia - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de Psicologia?	
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?	
19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 5 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 5 para a de maior ênfase:	☐ Psicologia social e comunitária ☐ Psicologia clínica ☐ Psicologia organizacional ☐ Pesquisa ☐ Docência
20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?	
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?	
21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:	
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?	
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?	
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?	
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?	

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Psicologia - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades de Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializac
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundárias
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) 26_16_Especifica

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Psicologia

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Realizar acolhimento psicológico com classificação de risco:
- 28.2. Realizar atendimento psicológico de rotina:
- 28.3. Realizar atendimento a pessoas com deficiência física e/ou intelectual:
- 28.4. Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência:
- 28.5. Realizar atendimento familiar e/ou de casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico:
- 28.6. Realizar atendimento à criança com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos:
- 28.7. Realizar acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos:
- 28.8. Realizar atendimento à população em situação de rua:
- 28.9. Auxiliar pacientes durante reinserção social:
- 28.10. Identificar situações de risco psicossocial:
- 28.11. Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar, inclusive em hospitais psiquiátricos:
- 28.12. Realizar acompanhamento e notificação dos casos de violência:
- 28.13. Atuar junto aos conselhos tutelares:
- 28.14. Realizar acompanhamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas:
- 28.15. Diagnosticar doença, síndrome ou condição de saúde mental:
- 28.16. Comunicar doença, síndrome ou condição de saúde de mental ao paciente e/ou família:
- 28.17. Realizar orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (Ex: intoxicação/impregnação):
- 28.18. Realizar grupos de educação em saúde mental:
- 28.19. Realizar ações de promoção da saúde:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Solicitar exames laboratoriais:
- 29.2. Interpretar exames laboratoriais:
- 29.3. Prescrever medicamentos previstos em protocolos institucionais:
- 29.4. Prescrever medicamentos psicotrópicos:
- 29.5. Prescrever medicamentos fitoterápicos:

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Psicologia

30. As práticas e estágios preparam os alunos para:

30.1. Realizar encaminhamentos a serviços especializados:	
30.2. Orientar equipe de saúde sobre cuidados paliativos:	
30.3. Realizar educação permanente junto à equipe de saúde mental:	
30.4. Trabalhar em equipe multidisciplinar:	
30.5. Supervisionar outros profissionais:	
30.6. Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família:	
30.7. Construir Projeto Terapêutico Singular (PTS):	
30.8. Realizar ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como: CRAS, creches, escolas:	

209

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Psicologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Psicologia

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

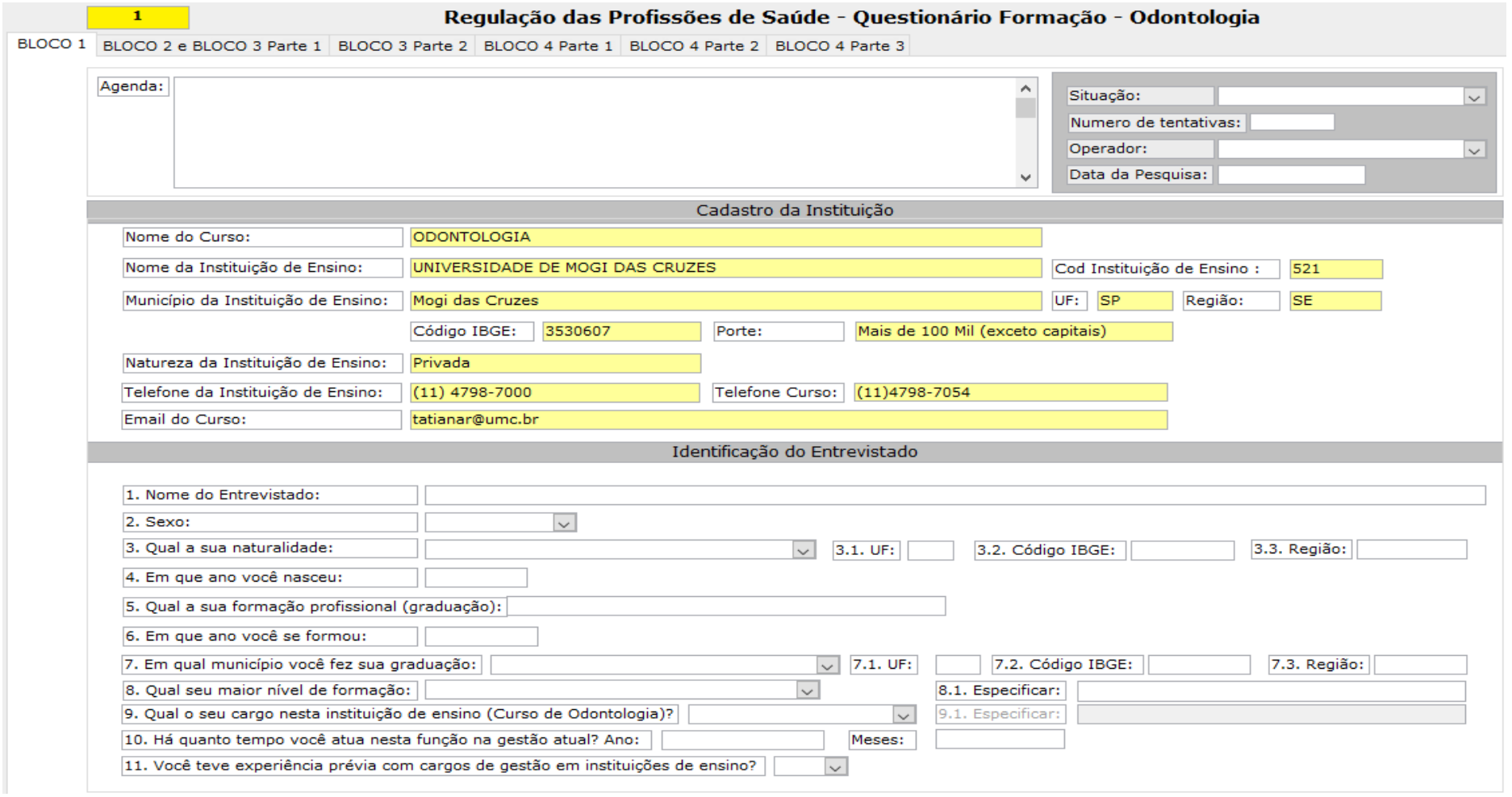
31.1. Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por psicólogos:	
32.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:	
32.3. Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica:	

33. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por psicólogos na atenção primária.

Observação do Pesquisador

Observação:

Apêndice O – Máscara eletrônica de ETAC para os cursos de odontologia



1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Agenda:

Situação:
Numero de tentativas:
Operador:
Data da Pesquisa:

Cadastro da Instituição

Nome do Curso:	ODONTOLOGIA		
Nome da Instituição de Ensino:	UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	Cod Instituição de Ensino :	521
Município da Instituição de Ensino:	Mogi das Cruzes	UF: SP	Região: SE
Código IBGE:	3530607	Porte:	Mais de 100 Mil (exceto capitais)
Natureza da Instituição de Ensino:	Privada		
Telefone da Instituição de Ensino:	(11) 4798-7000	Telefone Curso:	(11)4798-7054
Email do Curso:	tatianar@umc.br		

Identificação do Entrevistado

1. Nome do Entrevistado:
2. Sexo:
3. Qual a sua naturalidade: | 3.1. UF: | 3.2. Código IBGE: | 3.3. Região:
4. Em que ano você nasceu:
5. Qual a sua formação profissional (graduação):
6. Em que ano você se formou:
7. Em qual município você fez sua graduação: | 7.1. UF: | 7.2. Código IBGE: | 7.3. Região:
8. Qual seu maior nível de formação: | 8.1. Especificar:
9. Qual o seu cargo nesta instituição de ensino (Curso de Odontologia)? | 9.1. Especificar:
10. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? Ano: | Meses:
11. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Caracterização dos Alunos e Corpo Docente da Instituição

12. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?	
13. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?	
14. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?	
14.1. Especificar:	
15. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam odontologia nesta instituição?	
15.1. Especificar:	
16. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de odontologia desta instituição?	
16.1. Especificar:	

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia - Parte 1

17. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de odontologia?	
18. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?	

19. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 para a área de menor ênfase e 6 para a de maior ênfase:

	Atenção hospitalar		Gestão de serviços de saúde
	Atenção especializada/ambulatorial		Pesquisa
	Atenção primária		Docência

20. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?	
21. A estrutura curricular é organizada por disciplina?	
21.1. Se "Não", como a estrutura curricular é organizda? Especifique:	
22. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?	
23. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos?	
24. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos?	
25. Qual a carga horária total de estágios/internato?	

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia - Parte 2

26. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)

- Hospitais gerais
- Hospital Especializado
- Unidades Pronto Atendimento
- Unidades Atenção Primária
- Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
- Policlínicas, ambulatórios e clinicas especializac
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Residência Terapêutica
- Creches e/ou Escolas primárias/secundária
- Lar de idosos
- Empresas
- Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
- Outro(s) Especificar:

27. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?

- Os docentes do curso
- Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro(s) Especificar:

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Odontologia

28. As práticas e estágios preparam os alunos para as seguintes ações de saúde:

- 28.1. Realizar atendimento odontológico de urgência e emergência:
- 28.2. Realizar atendimento à criança (odontopediatria):
- 28.3. Realizar atendimento odontológico a gestantes:
- 28.4. Realizar atendimento odontológico a adolescentes:
- 28.5. Realizar atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais (portadores de transtorno mental, deficiência física e/ou intelectual):
- 28.6. Realizar ações de educação em saúde com grupos operativos:
- 28.7. Realizar ações de promoção da saúde:
- 28.8. Realizar ações de educação em saúde bucal (escovação supervisionada, orientação higiene bucal):
- 28.9. Realizar atividades de biossegurança do consultório odontológico:
- 28.10. Realizar levantamento epidemiológico:

29. As práticas e estágios preparam os alunos para executar os seguintes procedimentos:

- 29.1. Aplicação tópica de flúor:
- 29.2. Aplicação de selante oclusal:
- 29.3. Raspagem e polimento coronário:
- 29.4. Raspagem subgengival:
- 29.5. Moldagem dentária:
- 29.6. Clareamento dental:
- 29.7. Drenagem de abscesso:
- 29.8. Sutura:
- 29.9. Extração de decíduos:
- 29.10. Extração de permanentes:
- 29.11. Extração de dentes inclusos:
- 29.12. Radiografias periapical/interproximal:
- 29.13. Restauração atraumática (ionômero de vidro):
- 29.14. Restauração de dente decíduo:
- 29.15. Restauração com resina fotopolimerizável:
- 29.16. Restauração com amálgama:
- 29.17. Pulpotomia dentária:
- 29.18. Esvaziamento de canal:
- 29.19. Tratamento de canal uni-radicular:
- 29.20. Tratamento de canal bi e multi-radicular:
- 29.21. Realizar ulotomia/ulectomia:
- 29.22. Realizar sondagem de bolsa:
- 29.23. Realizar cirurgia periapical:
- 29.24. Tratamento periodontal:
- 29_25_Cirurgia periodontal:
- 29_26_Implante dentário:
- 29_27_Realizar biópsia:
- 29_28_Tratamento ortodôntico:
- 29_29_Prescrever medicamentos de uso odontológico:
- 29_30_Tratamento de dor orofacial e temporomandibular:

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Odontologia

30. As práticas e estágios preparam os alunos para:

30.1. Gerir unidades básicas de saúde:	
30.2. Gerir central de esterilização/biossegurança:	
30.3. Gerir equipamentos, materiais e insumos de uso odontológico:	
30.4. Trabalhar com equipes de saúde da família/equipes multiprofissionais:	
30.5. Gerir a equipe de saúde bucal:	
30.6. Emitir parecer odontológico a outros profissionais de saúde:	
30_7_Supervisionar técnicos e auxiliares em saúde bucal:	
30_8_Realizar planejamento de ações de saúde bucal:	

1

Regulação das Profissões de Saúde - Questionário Formação - Odontologia

BLOCO 1 | BLOCO 2 e BLOCO 3 Parte 1 | BLOCO 3 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 1 | BLOCO 4 Parte 2 | BLOCO 4 Parte 3

Perfil de Competências do Egresso de Odontologia

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas:
(Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

31.1. Algumas tarefas executadas cirurgiões-dentistas na Atenção Básica poderiam ser realizadas pelo Técnico em saúde bucal:

31.2. Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva:

31.3. Isso poderia compensar a escassez de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica:

32. Se concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1, relacione até 5 ações odontológicas que podem ser realizadas pelo Técnico em saúde bucal na atenção básica:

Observação do Pesquisador

Observação:

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume V – Construção de indicadores quantitativos e qualitativos para avaliação de mudanças na formação em saúde em função das necessidades da política de saúde nacional

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Março/2017

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IMS Instituto de Medicina Social
Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PPP	Projeto Político Pedagógico
RHS	Recursos Humanos em Saúde

Lista de quadros

Quadro 1	Indicadores relacionados ao ingresso de profissionais de saúde. Brasil, 2017	12
Quadro 2	Indicadores relacionados à estrutura curricular de profissionais de saúde. Brasil, 2017	13
Quadro 3	Indicadores relacionados ao corpo docente dos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017	14
Quadro 4	Indicadores relacionados às estratégias pedagógicas adotadas pelos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017	15
Quadro 5	Indicadores sobre o processo de tomada de decisão relativa à formação de profissionais de saúde. Brasil, 2017	16
Quadro 6	Competências gerais a serem adquiridas no âmbito dos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017	19
Quadro 7	Competências gerais e exemplos de indicadores relacionados, passíveis de serem observados e avaliados no monitoramento do processo ensino-aprendizagem dos cursos da área da saúde. Brasil, 2017	21

Sumário

Apresentação	8
Aspectos metodológicos	9
Indicadores para avaliação da formação em saúde	10
Indicadores de competências	17
Referências	24

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento da **Atividade IV** da **Meta I** da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, quais sejam:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividade IV

- Construção de indicadores quantitativos e qualitativos para avaliação de mudanças na formação em saúde em função das necessidades da política de saúde nacional.

Aspectos metodológicos

Os indicadores para avaliação de mudanças na formação em saúde foram estruturados com base na política nacional de saúde, isto é, nos seus objetivos, atribuições, princípios, diretrizes e modelo de organização.

Foram consideradas, ainda, as variáveis analisadas no desenvolvimento de todas as etapas de pesquisa, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Saúde; os aspectos da oferta de profissionais de saúde; e programas de saúde ministeriais, especialmente os de âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Para a definição dos indicadores empreendeu-se análise documental e bibliográfica de literatura pertinente ao tema. Esta etapa foi desenvolvida em janeiro de 2017.

Indicadores para avaliação da formação em saúde

O movimento de mudanças na área da educação em saúde apresenta coerência com as reformas significativas empreendidas no modelo de assistência à saúde que, após a implantação do SUS, elegeu a APS como porta de entrada e nível organizador das redes de atenção.

Num movimento contra-hegemônico, de valorização dos cuidados preventivos e de promoção à saúde em detrimento das práticas exclusivamente centradas na doença, foram elaboradas as DCN para os Cursos de Graduação em Saúde de modo a resguardar os princípios do SUS, o qual tem por uma de suas atribuições a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (RHS).

Passados mais de 25 anos de instituição do SUS, estudos[1,2] ainda apontam para uma formação de profissionais da saúde que valoriza o modelo clínico e destoam do preceito de integralidade em saúde.

Disto, emerge a necessidade de avaliar e monitorar os processos formativos de saúde com a finalidade de identificar como está sendo implementado e desenvolvido o projeto político pedagógico (PPP) dos cursos.

O monitoramento refere-se ao acompanhamento sistemático e contínuo dos processos; ele é proposto para verificar a existência de mudanças, a partir de indicadores específicos relativos ao objeto monitorado, neste caso, à formação em saúde. Quer-se, com ele, identificar, analisar e tomar decisões para manutenção, melhorias ou modificações[3]. Ele fornece, então, instrumentos para avaliar os avanços rumo aos objetivos de preparar RHS para o sistema de saúde.

Indicadores constituem parâmetros quantitativos ou qualitativos que servem para detalhar e medir o alcance de metas e resultados. Eles assinalam tendências[4]. Precisam, então, refletir os aspectos envolvidos no processo formativo.

A literatura pertinente a este tema apresenta indicadores fundamentais derivados do acrônimo em inglês *SMART: Specific* (mensura exatamente o resultado), *Measurable* (indica resultados que podem ser monitorados), *Attainable* (resultados que podem ser comparados com metas realistas), *Relevant* (ligados ao objetivo do estudo) e *Time-bound* (se refere a um período definido).

Com base no exposto, selecionaram-se os indicadores principais concernentes ao processo de formação de profissionais de saúde, tendo como base o sistema nacional de saúde.

Ingresso: corresponde ao processo de admissão, filtragem e monitoramento da qualidade de profissionais no setor saúde. Assim, cabe selecionar um conjunto de indicadores que indiquem quem e quantos ingressam no processo de formação do setor saúde, assim como o número anual de concluintes dos cursos de graduação. Tal informação é essencial para estimar necessidade de profissionais no médio e longo prazo (Quadro 1).

As principais informações a serem coletadas referem-se à:

- → Quantidade, composição (idade, sexo, local de residência) e distribuição de candidatos para os cursos de medicina;
- → Os mecanismos de recrutamento e admissão de estudantes;
- → A composição e distribuição da oferta educativa (instituições registradas/credenciadas) para cada curso;
- → Capacidade de admissão e produção das instituições de ensino e seus respectivos programas;

→ Normas de certificação e licenciamento do exercício da profissão, quantidade e distribuição;

→ Tendências migratórias, evasão da força de trabalho;

→ Recrutamento para postos de trabalho disponíveis.

Quadro 1. Indicadores relacionados ao ingresso de profissionais de saúde. Brasil, 2017

Indicador específico	Numerador	Denominador
Número de candidatos por vaga de cursos de saúde		
Número e % de candidatos aceitos nas instituições de ensino		
Número ou % de cursos da saúde reconhecidas pelo MEC	Número de cursos reconhecidas pelo MEC	Número total de cursos de saúde
Número de vagas para formação de profissionais de saúde	Número de vagas	
Número de estudantes de cursos de graduação da saúde que se graduam a cada ano	Número de estudantes de graduação em saúde que se graduam a cada ano	

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Organização pedagógica: as DCN para os cursos de graduação constituem-se balizes para a construção de PPP. Elas apresentam as premissas básicas que devem constituir um curso de saúde. Os indicadores a serem observados estão expostos no Quadro 2.

Quadro 2. Indicadores relacionados à estrutura curricular de profissionais de saúde. Brasil, 2017

Indicador	Descrição
Contexto educacional	Análise sistêmica e global do curso quanto aos seus objetivos em atender às necessidades da região de saúde e/ou do município e os mecanismos de inserção e articulação com as políticas públicas do SUS
Perfil profissional do egresso	Conjunto de características e habilidades do aluno adquiridas durante a formação que vão lhe conferir uma identidade para atuar na área da saúde
Competência / habilidades	Conjunto de qualidades desenvolvidas durante o curso que permitirão ao egresso analisar e tomar decisões idôneas frente a problemas de saúde
Habilitações e ênfases	Áreas de abrangência e de preparação do aluno para futura atuação técnica e científica
Conteúdos curriculares	Coerência dos assuntos desenvolvidos no decorrer da graduação com às competências, perfil profissional do egresso e demandas sociais
Organização do curso	Corresponde aos modos de integração e articulação entre os diferentes conteúdos curriculares, abrangendo o ensino, a pesquisa e a assistência, bem como os modos de abordagem das atividades teóricas e práticas, e os atores envolvidos no processo de formação
Estágios e atividades complementares	Carga horária, cenários utilizados e atores envolvidos no processo de desenvolvimento de habilidades práticas de saúde; inclui, também, a oferta de diferentes modos de desenvolvimento de competências
Acompanhamento e avaliação	Modos de avaliação empregadas para investigar o progresso e desenvolvimento do aluno no decorrer do curso
Duração do curso	Corresponde à carga horária total e dos tempos mínimos e máximos de integralização do curso

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Corpo docente: o perfil docente associado ao seu histórico de formação e de qualificações profissionais, o seu quantitativo e as características relativas à gestão do trabalho estão diretamente associados ao processo de trabalho docente e à sua contribuição no desenvolvimento do aluno (Quadro 3).

Quadro 3. Indicadores relacionados ao corpo docente dos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017

Indicador	Descrição
Qualificação docente	Histórico de formação nos níveis de graduação, pós-graduação (lato e stricto sensu) e formação continuada dos docentes
Número de docentes	Quantitativo de docentes por curso
Proporção de docentes por aluno em sala de aula	Quantitativo de docentes por grupo de alunos no âmbito das aulas intramuros, isto é, dentro da instituição de ensino
Proporção de docentes por aluno em campos de prática	Quantitativo de docentes por grupo de alunos no âmbito das aulas práticas e estágios, isto é, fora da instituição de ensino
Carga horária docente	A carga horária praticada pelos docentes pode determinar o grau de vínculo e compromisso estabelecido com a formação
Formas de contratação e remuneração docente	Formas de vínculos e de remuneração praticadas pode determinar o grau de vínculo e compromisso estabelecido com a formação
Núcleo docente estruturante	Existência de grupo de docentes cuja responsabilidade é atualizar, aperfeiçoar e empreender mudanças no projeto político pedagógico frente às necessidades de adequação

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

Estratégias pedagógicas: os métodos de ensino-aprendizagem devem favorecer ao melhor desempenho e engajamento dos alunos no ambiente de ensino e subsidiar o alcance dos resultados esperados ao fim do processo de formação (Quadro 4).

Quadro 4. Indicadores relacionados às estratégias pedagógicas adotadas pelos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017

Indicador	Descrição
Metodologias	Tipos de metodologias utilizadas (ativas, passivas)
Diversidade/criatividade	Características das estratégias metodológicas utilizadas no que concerne aos modos de desenvolvimento de habilidades. Espera-se diversidade e uso da criatividade, uma vez que grupos de alunos respondem de maneiras diversas frente a diferentes modos de aprender (vídeos, textos, aulas práticas, debates, palestras, estudos de caso, jogos didáticos)

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Regulação das Profissões em Saúde. Brasil, 2017

A análise da tomada de decisão: envolve informações que permitam caracterizar políticas (identificar mudanças ou reformas); atores (identificar os atores centrais, posições, poder, interesses); oportunidades e obstáculos (identificar o contexto das condições que favorecem ou dificultam a mudança); estratégias (recursos empregados pelos atores), impactos (como cada estratégia afeta os outros atores).

Quadro 5. Indicadores sobre o processo de tomada de decisão relativa à formação de profissionais de saúde. Brasil, 2017

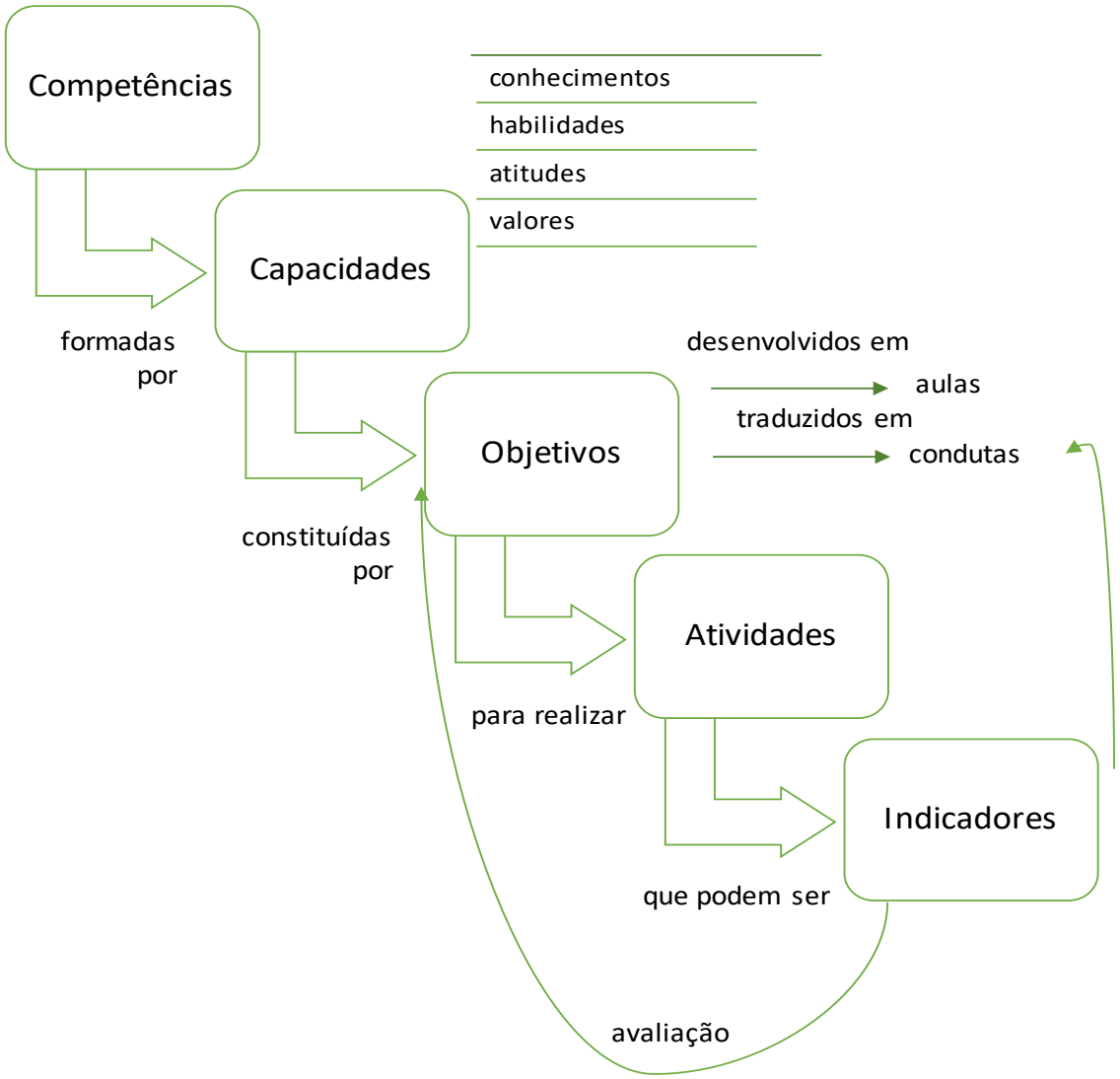
Tema	Indicadores
Contexto político	Tipo de sistema de governo (história democrática, negociação coletiva, solidez de sindicatos, etc.) Legislação e regulação: capacidade de pôr em prática as leis, acordos e ajustes Políticas de mudança: história, liderança, motivação Transparência
Atores	Ministério da Saúde Ministério da Educação Ministério do Trabalho e Emprego Associação profissional Conselho de classe Sindicato Associações de usuários Prestadores de serviços

Indicadores de competências

Competência é a integração de aptidões, conhecimentos, destrezas e atitudes para a produção de um ato resolutivo eficiente, lógico e eticamente aceitável no desenvolvimento de uma função e em um dado contexto. Ela define-se, portanto, no contexto das profissões[5].

Em um contexto educacional amplo, vários são os pilares que alicerçam o desenvolvimento de competências, conforme mostra o mapa conceitual exposto na Figura 1.

Figura 1. Mapa conceitual de competências educacionais.



As competências propõem habilidades finais e gerais, permitindo a autonomia e liberdade para o desenvolvimento de capacidades de acordo com o contexto e as necessidades, que integram conhecimentos, habilidades, aptidões, atitudes e valores. Desta forma, as competências podem ser avaliadas por meio de condutas observáveis, as quais podem ser traduzidas como indicadores neste contexto.

Quando analisada sob a ótica das profissões em saúde, competência pode ser compreendida como a capacidade de um profissional cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde. É, então, a resposta satisfatória às demandas e necessidades dos indivíduos, famílias e coletivos que assiste, por meio do desempenho profissional bem como por sua participação ativa, reflexiva e crítica no cenário de trabalho e na sociedade[6].

Em se tratando das profissões em saúde, várias são as competências a serem desenvolvidas no âmbito da formação profissional, conforme a proposta do sistema nacional de saúde e das DCN específicas de cada curso. O Quadro 6 apresenta uma síntese das competências profissionais gerais a serem adquiridas durante os cursos de graduação em saúde.

Quadro 6. Competências gerais a serem adquiridas no âmbito dos cursos de graduação em saúde. Brasil, 2017

Competências gerais	Descrição
Atenção à saúde	Os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo
Tomada de decisões	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas
Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade
Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços

Fonte: CNE/CES, 2001-2004[a]

[a] Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos das sete graduações em saúde estudadas nesta pesquisa. Disponíveis em: http://portal.mec.gov.br/mais-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao

Tendo em vista o conceito multidimensional de competência para a formação em saúde, os indicadores, quer seja eles quantitativos ou qualitativos, precisam ser produzidos com regularidade, normalizados, especificados e acordados por consenso pelos atores envolvidos no processo de formação. Isto, pois, os indicadores na área educacional vão refletir o cumprimento dos objetivos, a realização de tarefas e o cumprimento de desempenhos pelos alunos, os quais, em conjunto, darão forma ao perfil profissional[7].

Diversos são os indicadores possíveis de serem elaborados e mensurados no âmbito da formação em saúde para cada uma das competências previstas no processo de ensino-aprendizagem. Assim, torna-se complexa a tarefa de listá-los, até mesmo porque os indicadores precisam considerar a realidade institucional, o PPP, os conteúdos e as dinâmicas metodológicas empregadas em cada curso, já que a prerrogativa de estruturação curricular é da própria instituição.

Dito isto, não se tem, aqui, a pretensão de esgotar todas as possibilidades de indicadores educacionais, mas de descrever alguns que podem ser tomados como exemplo para o âmbito coletivo em saúde (Quadro 7).

Quadro 7. Competências gerais e exemplos de indicadores relacionados, passíveis de serem observados e avaliados no monitoramento do processo ensino-aprendizagem dos cursos da área da saúde. Brasil, 2017

Competências gerais	Indicador passível de observação
Reconhecer a organização do sistema nacional de saúde, os serviços que o compõe e sua integração com as redes de atenção à saúde	Conhecer a organização normativa, política e estrutural
	Analisar os processos de trabalho
	Analisar os resultados, inclusive por meio dos sistemas de informação em saúde
	Mapear áreas de demanda não atendidas
Identificar e analisar a demanda de saúde da comunidade	Fazer diagnóstico situacional de saúde, identificar o perfil epidemiológico e socioeconômico da população, reconhecendo as características regionais
	Utilizar dados dos sistemas de informação em saúde
	Mapear áreas de risco
	Calcular e interpretar indicadores de saúde
	Investigar e identificar riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas
	Realizar a territorialização em saúde
Planejar e/ou executar ações de saúde coletiva	Promover parcerias e articular com os diferentes atores
	Buscar, identificar, avaliar, interpretar e aplicar informações de saúde baseada em evidências, para a tomada de decisão
	Participar de campanhas de vacinação e de outras ações de saúde
	Desenvolver o trabalho em equipe
	Promover educação em saúde

Continua...

...continuação

Competências gerais	Indicador passível de observação
Planejar e/ou executar ações de saúde coletiva	Desenvolver, realizar e avaliar ações de capacitação e educação permanente na área da saúde
	Alimentar os sistemas de informação sobre saúde
	Executar as ações previstas nas políticas públicas sobre saúde
	Promover e participar de discussões com a equipe de saúde, grupos de apoio a pacientes e comunidade
Realizar acolhimento humanizado	Acolher as queixas apresentadas
	Realizar classificação de risco
	Encaminhar paciente a outro profissional ou serviço de saúde
Identificar as necessidades de saúde do usuário	Fazer anamnese
	Fazer o exame clínico
	Identificar sinais e sintomas de problemas de saúde
	Definir o tipo de cuidado em saúde
Elaborar o plano de cuidado	Avaliar risco e vulnerabilidade
	Utilizar evidências científicas para a seleção de condutas como suporte para a prática clínica
	Construir o plano de cuidado articulado com a equipe multiprofissional de saúde e pactuado com o paciente
Realizar intervenções	Promover educação em saúde
	Prescrever cuidados relativos ao escopo de prática profissional
	Realizar procedimentos e técnicas relativas ao escopo de prática profissional
	Encaminhar/referenciar pacientes para cuidados de outros profissionais da saúde, de forma articulada com o sistema de saúde

Continua...

...continuação

Competências gerais	Indicador passível de observação
Avaliar os resultados das intervenções realizadas	Revisar periodicamente o plano de cuidado e as intervenções propostas, articulado com a equipe multiprofissional de saúde e pactuado com o paciente
	Verificar os resultados alcançados e definir novas condutas
	Avaliar o impacto das intervenções realizadas, considerando indicadores clínicos, econômicos e humanísticos
Gestão de pessoas	Trabalhar em equipe multiprofissional
	Promover comunicação interpessoal
	Tomar decisão compartilhada com outros profissionais da saúde
	Liderar a equipe
Gestão de políticas públicas de saúde	Conhecer e interpretar as atuais políticas públicas de saúde, em todos os níveis
	Conhecer as redes de atenção à saúde
Gestão do conhecimento e educação permanente	Identificar deficiências no conhecimento
	Desenvolver práticas de educação permanente
	Produzir e disseminar a informação e o conhecimento
	Conhecer, aplicar e adaptar metodologias de ensino e aprendizagem na prática profissional
	Desenvolver a capacidade de autoaprendizagem
Comportamento ético, legal e responsabilidade profissional	Respeitar os princípios éticos e bioéticos
	Conhecer e cumprir o código de ética profissional

Fonte: Adaptado de Conselho Federal de Farmácia[8]

Referências

1 Damiance PRM et al. Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. Trab. Educ. Saúde, 2016;14(3):699-721. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00014

2 Brehmer LCF, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. Interface [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Feb 16];20(56):135-145. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en.

3 Tamaki EM et al. Methodology for construction of a panel of indicators for monitoring and evaluation of unified health system (SUS) management. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(4):839-49. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07

4 Minayo MCS. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. Rev Brasil Educ Med. 2009;33(1Supl.1):83-91.

5 Ministerio de Educación y Cultura (PAR). Evaluación: campaña de apoyo a la gestión pedagógica a docentes y directivos em servicio. Modulo 1. Asunción, PAR; 2011.

6 Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. Bol Técnico Senac. [Internet] 2001 [acesso em Fev. 2017]; 27(3):1-16. Disponível em: http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluiz.pdf

7 Sílvia FRT et al. Indicadores de Avaliação do Cuidado Individual: Subsídios para a Formação Médica Orientada por Competência. Rev Brasil Educ Med. 2014;38(3): 331-6.

8 Conselho Federal de Farmácia – CFF. Consulta Pública nº 01/2016. Matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico. Brasília: CFF; 2016

ObservaRH
Estação de Trabalho IMS/UERJ

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume VI – Estabelecimento de comparabilidade dos mecanismos regulatórios no âmbito internacional

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

IMS Instituto de Medicina Social

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força do Trabalho em Saúde
PAHO/WHO Collaborating Centre for Health Workforce Planning and Information

Março/2017

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ruy Garcia Marques

Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Gulnar Azevedo e Silva

Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ

Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores

Carinne Magnago

Cid Manso de Mello Vianna

Márcia Silveira Ney

Mario Roberto Dal Poz

Roberto Parada

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Tânia França

Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa

Susana Dal Poz

Valéria Dias Mattos

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Estação de Pesquisa IMS/UERJ

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

COORDENAÇÃO

Celia Regina Pierantoni

EQUIPE DE PESQUISADORES

Carinne Magnago

Celia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Rômulo Gonçalves de Miranda

Swheelen de Paula Vieira

Victoria da Fraga Lemos

Lista de siglas e abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
CNE	Conselhos Nacional de Educação
CNS	Conselhos Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DOL	Diálogo Online
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IES	Instituições de ensino superior
IMS	Instituto de Medicina Social
MS	Ministério da Saúde
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RHPA	The Regulated Health Professions Act
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	7
Aspectos metodológicos	8
Canadá	18
Estados Unidos da América	22
Brasil	26
Estabelecendo comparação entre o Brasil e as experiências internacionais	32
Considerações finais	44
Referências	60

Apresentação

Este relatório apresenta os resultados da organização e desenvolvimento da **Atividade V** da **Meta I** da pesquisa *Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*, quais sejam:

Meta I

- Analisar a adequação da formação e da qualificação dos profissionais de saúde de nível superior às necessidades do SUS.

Atividade V

- Estabelecimento de comparabilidade dos mecanismos regulatórios no âmbito internacional.

Aspectos metodológicos

Esta etapa se refere à apresentação dos resultados da atividade cujo objetivo era estabelecer comparabilidade entre os mecanismos regulatórios do Brasil e de outros países. Para tanto, foi realizado um Diálogo Online (DOL) cujo tema foi Expansão de escopos de prática de profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo do evento foi fomentar as discussões em torno dos escopos de prática das profissões de saúde. Ademais, foram utilizados dados de dois seminários internacionais realizados no Brasil, quais sejam: *Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde* e Seminário Internacional Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

Diálogo Online

O DOL é um fórum de discussões na internet, viabilizado por uma plataforma virtual de fácil acesso e utilização, podendo ser acessado de qualquer computador, tablet e smartphone.

A realização do Diálogo Online foi conduzida com base em uma ferramenta de governo, eletrônica participativo, desenvolvida e testada em experiências anteriores pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM)[a]. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa conduzida por meio da internet, na qual os participantes dialogam sobre um determinado tema da agenda política de forma coordenada e informada, com vistas à proposição de recomendações sobre aquele tema. Com características semelhantes aos grupos focais, mas conduzidos virtualmente, os Diálogos proveem um espaço de entendimento, discussão e deliberação, reunindo um número

[a] http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo10/

maior e mais abrangente de participantes e por mais tempo, a exemplo das conferências e convenções.

O DOL está assentado sobre dois objetivos iniciais: (i) o desenvolvimento da metodologia dos diálogos online como mecanismo de debate auxiliar aos processos de gestão e investigação e a (ii) discussão de temas de relevância para as políticas públicas em saúde. A partir do tema proposto pretendeu-se promover debates e gerar reflexões sobre o tema desta pesquisa. Não sendo o diálogo uma arena de deliberação formal, a exemplo das assembleias e convenções que visam à produção de decisões vinculantes, o objetivo foi, antes de tudo, o de ampliar a compreensão dos problemas a partir da troca de opiniões entre os participantes.

Foi assegurada a participação gratuita e voluntária e a emissão de certificado de participação no evento. Para tanto, cada sujeito precisava se cadastrar na plataforma virtual, ler e concordar com o Termo de Concordância disponibilizado, que explicava os objetivos da pesquisa, garantia o anonimato em caso de uso das informações e fornecia os dados do Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela aprovação da pesquisa.

Os sujeitos foram docentes, pesquisadores, gestores, trabalhadores e estudantes da saúde. O convite para participação no DOL foi realizado por *mailing*, divulgação em redes sociais e em sites de instituições acadêmicas e de saúde.

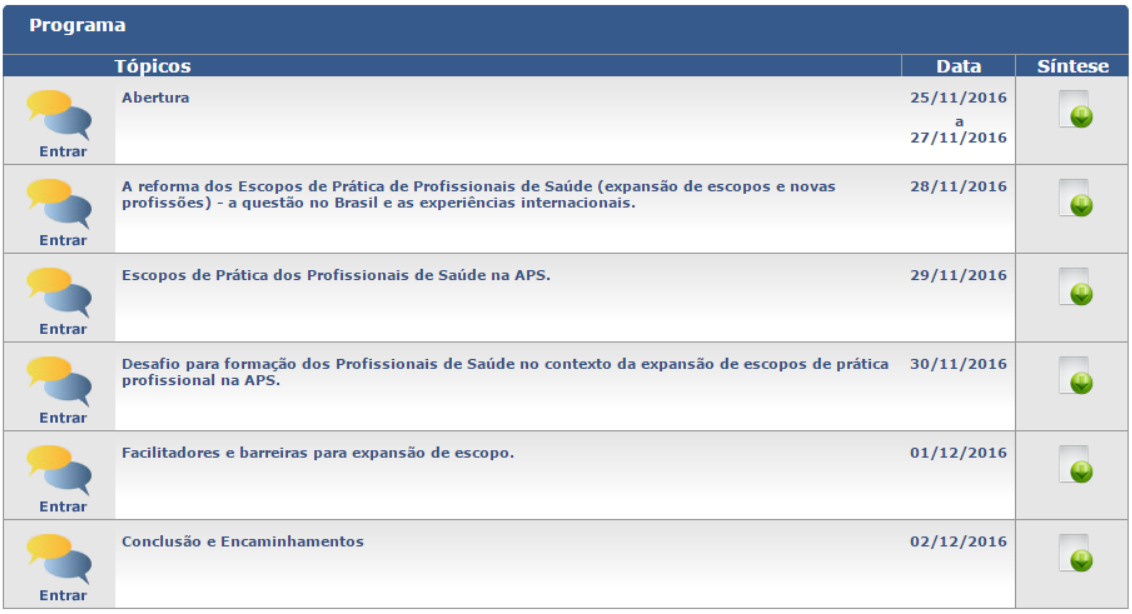
O DOL foi desenvolvido entre os dias 25 de novembro e 02 de dezembro de 2016 e ocorreu a partir de troca de experiências relacionadas ao tema, além de debates envolvendo textos, artigos e vídeos disponibilizados na página do evento.

Os participantes receberam um convite por e-mail, no qual constava o link para acesso à plataforma. Ao se cadastrarem na plataforma, os

participantes, por meio de senha pessoal, tiveram acesso a todos os recursos disponíveis no site. A ficha cadastral continha dados do perfil dos participantes (nome, sexo, data de nascimento, escolaridade, município e UF de residência, profissão e local de trabalho).

As discussões do diálogo online ocorreram a partir de tópicos listados em uma programação previamente definida. O Programa, disponibilizado na plataforma, foi organizado em cinco sessões, que continham a data e os tópicos das discussões (Figura 1). As discussões foram estruturadas em quatro grandes eixos: (1) A reforma dos Escopos de Prática de Profissionais de Saúde (expansão de escopos e novas profissões) - a questão no Brasil e as experiências internacionais; (2) Escopos de Prática dos Profissionais de Saúde na APS; (3) Desafio para formação dos Profissionais de Saúde no contexto da expansão de escopos de prática profissional na APS; (4) Facilitadores e barreiras para expansão de escopo. Para acessar os debates do dia e postar suas mensagens, os participantes entravam em um dos tópicos do diálogo, que continha o histórico de mensagens do dia por ordem cronológica de postagem. Nesta página o participante poderia visualizar as discussões, enviar suas próprias mensagens e comentar mensagens anteriores. O DOL foi realizado em um período de oito dias corridos e não foi sincronizado, isto é, os participantes puderam dar sua opinião no momento que lhes conviesse, dentro do limite de dias estabelecido para cada tópico de debate.

Figura 1. Programa Diálogo Online sobre Expansão de Escopos de Prática de Profissionais na Atenção Primária em Saúde. Brasil, 2016



Programa

	Tópicos	Data	Síntese
Entrar	Abertura	25/11/2016 a 27/11/2016	
Entrar	A reforma dos Escopos de Prática de Profissionais de Saúde (expansão de escopos e novas profissões) - a questão no Brasil e as experiências internacionais.	28/11/2016	
Entrar	Escopos de Prática dos Profissionais de Saúde na APS.	29/11/2016	
Entrar	Desafio para formação dos Profissionais de Saúde no contexto da expansão de escopos de prática profissional na APS.	30/11/2016	
Entrar	Facilitadores e barreiras para expansão de escopo.	01/12/2016	
Entrar	Conclusão e Encaminhamentos	02/12/2016	

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre Expansão de Escopos de Prática de Profissionais na Atenção Primária em Saúde, 2016.

Participaram do diálogo, especialistas convidados especificamente para o evento com o objetivo de expor opiniões e desenvolver reflexões, ativar o debate a partir de informações e dados específicos sobre os temas, problematizar os pontos de vista e destacar as posições levantadas pelos participantes. As discussões foram mediadas por moderadores no sentido de manter o foco na discussão em pauta, esclarecer dúvidas e facilitar os diálogos. Além disso, foram introduzidas questões para estimular as discussões. Finalmente, sínteses diárias (Apêndice A) foram disponibilizadas a fim de apresentar um relato sucinto das discussões de cada tópico e situar os participantes que não tiveram a oportunidade de acompanhar ou participar durante todo o tempo.

Para fundamentar seus argumentos ou esclarecer os temas, os participantes tiveram acesso a uma biblioteca virtual temática. A biblioteca foi construída por uma comissão científica especificamente para este diálogo. Foi disponibilizado material de apoio sobre os

temas, bem como sobre temas correlatos que poderiam servir de base para as discussões. Este material incluiu textos dos especialistas, artigos, vídeos, atos normativos e outras publicações sobre o processo de expansão de escopos de prática de profissionais na APS. Os participantes também puderam disponibilizar materiais e textos para publicação na biblioteca virtual.

Toda a biblioteca virtual construída para o Diálogo Online encontra-se disponível na plataforma do evento. Entre os dados sobre mercado de trabalho, fazem parte das referências selecionadas:

- Estatísticas referentes ao número e à evolução dos cursos de graduação em saúde, entre 1991 e 2013, inclusive por região geográfica do país; relativos também ao número de vagas, ingressos e percentual de não preenchimento, bem como à quantidade de inscritos, ingressos e egressos, além de vínculos de trabalho;
- Relatórios e apresentações de projetos e pesquisas desenvolvidos anteriormente, referentes ao tema do diálogo;
- Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde;
- Protocolos e cadernos em Atenção Primária a Saúde, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

Os atos normativos sugeridos para consulta foram a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, além do arcabouço relacionado à regulação de cada profissão em saúde. Já entre os artigos selecionados, estão vários textos de revistas nacionais e internacionais indexadas. Alguns especialistas disponibilizaram, ainda, textos produzidos especialmente para este diálogo.

Foram convidados a participar dessa iniciativa, profissionais e estudantes dos diversos cursos da área da saúde, bem como professores universitários e especialistas no tema, selecionados a partir de cadastro da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e de indicação de nomes por profissionais e especialistas da área. Após o processo de checagem inicial do cadastro, foram enviados 114.552 convites por e-mail. O convite continha o link para acesso à plataforma, na qual era possível realizar o cadastro.

Inscreveram-se, ao todo, 1.389 pessoas de 479 municípios brasileiros, sendo aqueles com maior representatividade o estado de Minas Gerais, com 229 (16,5%) participantes; São Paulo, com 155 (11,2%); Rio de Janeiro, com 139 (10,0%); Bahia com 125 (9,0%); e o Ceará, com 109 participantes (7,8%). Os municípios com maior número de inscritos foram Belo Horizonte, com 82 (5,9%) inscrições; Rio de Janeiro, com 81 (5,8%); São Paulo, com 60 (4,3%); Fortaleza, com 59 (4,2%); Brasília com 41(2,9%); e Salvador, com 40 (2,8%) indivíduos no total de inscrições.

Habilitaram-se a participar do evento, cadastrando-se no site, indivíduos de diversos perfis profissionais, relacionados à área da saúde, como enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, técnicos em laboratório, bem como estudantes da área, profissionais de outras áreas como assistência social, arquitetura, advogados, engenheiros, gestores e especialistas convidados.

As profissões com maior representatividade foram: a enfermagem, com 423 inscritos (30,4%), seguida por medicina, com 110 (7,9%); psicologia, com 99 (7,1%); assistência social, com 75 (5,3%); técnicos em enfermagem, 59 (4,2%); fisioterapia, com 52 (3,7%); cirurgiões dentistas, com 46 (3,3%); e farmacêuticos, com 38 (2,7%). Do total de inscritos, o equivalente a 193 (13,9%)

participaram ativamente da discussão, postando algum comentário pelo menos no período de oito dias.

A participação por região variou bastante, sendo 40,0% dos participantes oriundos da região Sudeste e 6,4% da região Norte. As regiões Sul e Centro-Oeste concentraram menos de 200 participantes cada, enquanto a região Nordeste contou com 31,2%. Em relação à distribuição por sexo, 74,7% dos participantes eram mulheres e 25,3% homens.

Os participantes representaram uma gama de instituições acadêmicas, assistenciais e de gestão, incluindo: unidades básicas de saúde, centros de reabilitação, hospitais, policlínicas, consultórios particulares, instituições de ensino superior (públicas e privadas), centros de pesquisa, secretarias municipais e estaduais de saúde, dentre outros.

Tabela 1 Distribuição dos participantes do Diálogo Online por estado e região. Brasil, 2016

Região/UF	Participantes	
	n	%
Norte	**89**	**6,4**
Rondônia	10	0,7
Acre	4	0,2
Amazonas	19	1,4
Roraima	4	0,2
Pará	23	1,6
Amapá	19	1,4
Tocantins	10	0,7
Nordeste	**434**	**31,2**
Maranhão	31	2,2
Piauí	19	1,4
Ceará	109	7,8
Rio Grande do Norte	23	1,6
Paraíba	26	1,9
Pernambuco	64	4,6
Alagoas	23	1,6
Sergipe	14	1,0
Bahia	125	9,0
Sudeste	**556**	**40,0**
Minas Gerais	229	16,5
Espírito Santo	33	2,4
Rio de Janeiro	139	10,0
São Paulo	155	11,1
Sul	**195**	**14,0**
Paraná	59	4,2
Santa Catarina	46	3,3
Rio Grande do Sul	90	6,5
Centro-Oeste	**115**	**8,3**
Mato Grosso do Sul	23	1,6
Mato Grosso	22	1,5
Goiás	29	2,0
Distrito Federal	41	2,9
Total	**1.389**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online Expansão de Escopos de Prática de Profissionais na Atenção Primária em Saúde, 2016.

Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Este seminário, realizado em Brasília/DF, no período de 13 a 15 de agosto de 2013, foi promovido pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Com o objetivo de construir uma agenda positiva, capaz de atender às necessidades do SUS, o seminário promoveu o intercâmbio de experiências na área da regulação do trabalho em saúde entre o Brasil e outros países.

Participaram convidados internacionais de nove países (EUA, Canadá, Espanha, Argentina, Chile, Equador, Venezuela, Itália, Portugal) e governantes, gestores, pesquisadores, representantes de instituições de ensino, membros da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), representantes de conselhos profissionais, representantes dos Conselhos Nacional de Saúde (CNS) e de Educação (CNE) do Brasil, totalizando 200 participantes.

A metodologia utilizada durante os três dias de realização do seminário contemplou apresentações de experiências de diversos países convidados e de representantes de instituições brasileiras. As exposições foram seguidas de debates interativos com a plenária. O seminário ainda contemplou a realização de quatro grupos de trabalhos com temas pré-definidos a fim de oportunizar o debate e a troca de experiências entre os participantes.

O programa foi construído a partir de quatro eixos temáticos: (i) Experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde; (ii) A regulação do exercício profissional de migrantes e processos de integração regional; (iii) A regulação da formação dos profissionais de saúde frente às transformações e necessidades da sociedade; (iv) Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde.

Seminário Internacional Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Este seminário reuniu, nos dias 7 e 8 de dezembro de 2015, na cidade de São Paulo (SP), dezenas de acadêmicos que pensam os processos da descentralização e da regionalização da saúde no Brasil. Os dois dias foram divididos em seis seções em que debatedores brasileiros e estrangeiros produziram um grande conteúdo sobre o tema: (i) Caminhos da regionalização brasileira: o que ressaltar?; (ii) Crise do estado, reformulação dos sistemas de proteção social e impasses da territorialização da saúde na atual fase de globalização; (iii) Experiências nacionais e inovações institucionais em estados brasileiros; (iv) O processo de regionalização em uma escala internacional: quais lições podem ser aprendidas?; (v) Redes e tecnologias: como superar as desigualdades regionais?; (vi) Financiamento da regionalização em período de crise fiscal: como construir a cooperação federativa?.

Análise dos dados

Os diálogos produzidos no fórum foram organizados segundo as temáticas e deles extraídos os contributos para a produção de informações desta atividade da pesquisa. Em seguida, foram confrontados com as discussões produzidas nos seminários internacionais. Também foram utilizadas evidências de documentos e da literatura internacional.

Canadá

O Canadá possuiu um contexto de regulação muito diferente do modelo brasileiro. Enquanto no Brasil, uma mesma regulação contempla a federação como um todo, no Canadá ela realiza-se a nível territorial, em cada província, situação que faz emergir aproximadamente treze modelos distintos de regulação para cada profissão. Assim, descreve-se, aqui, o modelo adotado pela província de Ontário considerado, nos dias de hoje, como o mais avançado do país, um modelo que vem sendo implantado por outras províncias canadenses.

A abordagem tradicional de regulação, ainda adotada no Canadá por algumas províncias, constitui-se de estatutos distintos, cada qual abrangendo uma profissão de saúde específica. Cada estatuto delimita escopos de prática, muitos deles exclusivos a uma determinada categoria profissional, fato que impede profissionais não pertencentes à categoria regulada de prestar os serviços descritos no estatuto[1].

O modelo de regulação adotado na província de Ontário emprega um único corpo legal para regulamentar todas as profissões de saúde da província. Conhecido como "legislação guarda-chuva", esse modelo pressupõe a promulgação de uma lei abrangente que fornece um quadro regulamentar uniforme para todas as profissões, mais fluído e flexível, associado a regulamentos específicos que estabelecem normas para uma determinada profissão, inerentes às características dela.

A província de Ontário iniciou seus trabalhos em direção à construção do novo modelo de regulação em 1983, pela revisão das profissões até então regulamentadas, com o propósito de identificar lacunas e

falhas na regulação. Especialistas em regulação, em políticas públicas e em direito, nenhum deles com formação na área de saúde, estabeleceram critérios de análise para determinar quais as profissões seriam inseridas no pacote de profissões de saúde, a ser submetido ao poder legislativo local.

Em dezembro de 1991, estabeleceu-se uma "legislação guarda-chuva" para a área de saúde, denominando-a de *The Regulated Health Professions Act* (RHPA). Essa legislação abrange 23 profissões e estabelece princípios comuns, diretamente relacionados aos interesses públicos, a serem seguidos por todas as profissões. Emprega como núcleos temáticos para delimitação dos princípios comuns, os seguintes temas: proteção contra danos; acessibilidade; prestação de contas; equidade; qualidade dos cuidados; igualdade[2].

O modelo implantado desde então, ao proporcionar flexibilidade na divisão do trabalho de saúde, adota como fio condutor, não mais a profissão, sua autorregularão ou o monopólio imposto pelas categorias profissionais, mas sim o interesse público; não mais o escopo rígido de práticas, mas sim atos profissionais controlados, ou, como conhecidos em outros países, atos restritos ou atos licenciados. Os atos controlados, descritos de maneira ampla e generalizada, são ações, não executáveis pelo público em geral e não relacionadas a conhecimentos ou a habilidades específicas, que possibilitam uma prática profissional efetiva, flexível e responsiva. Os atos controlados são realizados, exclusivamente, por profissionais legalmente autorizados a executá-los, ou por outros profissionais, mediante delegação, proveniente de alguém legalmente autorizado a executar o ato, da competência de execução. São exemplos de atos controláveis: comunicar diagnóstico, realizar procedimentos em tecidos abaixo da derme, abaixo da superfície de uma membrana mucosa, ou abaixo da superfície da córnea, ou no interior ou por baixo da superfície dos dentes; mover articulações da coluna

vertebral além de faixa fisiológica normal; especificar fraturas ósseas; administrar substâncias por injeção ou inalação; prescrever, dispensar, manipular ou vender fármacos. Há a previsão de atos controlados específicos por profissão.

Os conselhos profissionais, denominados colégios, órgãos sociais das profissões liberais, atendendo ao modelo de regulação, agem, obrigatoriamente conforme o interesse público. São responsáveis por qualificar profissionais ao exercício prático; por desenvolver e acompanhar normas e diretrizes relacionadas a conhecimentos e habilidades profissionais, pelas questões éticas e pela educação continuada de todos os profissionais. Devem ter em sua composição, representantes da sociedade civil, que não sejam profissionais da área de saúde - no mínimo 40% e, no máximo, 50%. Com reuniões e audiências obrigatoriamente abertas, recebem reclamações e denúncias públicas, inclusive sobre questões disciplinares.

Uma vez que a regulação das profissões é um processo dinâmico, em constante transformação, foi instituído um Comitê Consultivo de Regulamentação, com o objetivo de prestar assessoria ao Ministro da Saúde em questões relacionadas à regulamentação das profissões de saúde, como alterações nos atos controlados ou profissões que devem ou não ser regulamentadas. Composto por membros nomeados, nenhum deles profissional de saúde, o conselho realiza análises políticas de assuntos relacionados à regulação, entre outros.

Como exemplos de ações praticadas sob a ótica do modelo descrito, pode-se destacar a Lei 171 de 2007[b], que trata da melhoria e da modernização do sistema de regulação das profissões de saúde de Ontário, da promulgação de novas profissões, naturopatia, homeopatia, cinesiologia e psicoterapia, da extensão do título de psicoterapeuta a quatro profissões regulamentadas, e da expansão

[b] Homeopathy Act, 2007. https://www.ontario.ca/laws/statute/07h10

dos papéis profissionais de alguns trabalhadores da saúde e de técnicos de farmácia.

A Lei 179, de 2009[c] pode ser considerada outro exemplo importante, esse instrumento regulatório expandiu o leque da prática profissional de uma série de profissões de saúde regulamentadas, otimizando o uso de conhecimentos e habilidades já existentes, assim como a capacidade de julgamento; e obrigou os colégios profissionais a preconizarem a colaboração com os demais profissionais como atitude a ser adotada durante o exercício profissional, assim como estabelecerem a ação interdisciplinar como quesito de garantia de qualidade ao serviço prestado.

O modelo adotado pela província de Ontário, com escopos não-exclusivos de prática profissional, proporciona incentivo e meios para atuação interdisciplinar. Argumenta-se que os marcos regulatórios e os padrões culturais influenciam a atitude prática, pois são determinantes na mudança para uma cultura de regulação interprofissional. As barreiras regulatórias são frequentemente citados como inibidores à adoção de um novo modelo. Por sua vez, apenas alterações dos instrumentos legais são incapazes de transformar as hierarquias tradicionais e os escopos de prática de cuidados de saúde. Os velhos estatutos, ainda presentes em muitos modelos de regulação, trabalham contra a adoção de uma abordagem mais moderna, mais flexível[3].

[c] Regulated Health Professions Statute Law Amendment Act, 2009, S.O. 2009, c. 26 - Bill 179. https://www.ontario.ca/laws/statute/s09026

Estados Unidos da América

Os processos de regulação das profissões de saúde nos EUA ocorrem de foram descentralizada. Cada estado americano é o principal responsável pela regulação das profissões em seu território. Compete-lhes uma variedade de ações, como determinar as características dos programas de qualificação e treinamento; especificar os pré-requisitos para o licenciamento dos profissionais; estabelecer a dinâmica do modelo de supervisão da prática cotidiana; definir os parâmetros legais do escopo profissional, entre outras competências[4].

Atualmente, com o objetivo prioritário de ampliar o acesso da população americana aos serviços de saúde, o País está voltado ao aperfeiçoamento do seu sistema de saúde, uma vez que esse, acima de tudo, deverá ser capaz de abarcar o crescimento da demanda por serviços de alta qualidade a baixos custos, a serem requisitados, principalmente, pela população carente no futuro próximo. Diante desse contexto, o interesse pela regulação das profissões do sistema de saúde cresce significativamente nos EUA.

Os EUA foram o primeiro país a regulamentar profissões de saúde, sendo médico a primeira delas. Inicialmente, foi garantido aos médicos autoridade para tratar qualquer problema de saúde, e, paralelamente, foi proibido aos não médicos atuarem no mesmo sentido. Ao longo do tempo, novas profissões surgiram, e, com elas, os consequentes movimentos de reconhecimento profissional. Escopos de práticas das profissões de saúde foram sendo esculpidos de forma fragmentada, à medida que as profissões surgiam. Ao mesmo tempo, as condutas práticas de muitas profissões foram sendo condicionadas à direção, à delegação e à supervisão de outros

profissionais do campo da saúde, situação que favoreceu o surgimento de uma estrutura hierárquica entre as profissões de saúde. Por exemplo, enfermeiros supervisionados por médicos e auxiliares de enfermagem por enfermeiros.

Nos dias de hoje, as discussões em torno do modelo de regulação apontam a existência de escopos de práticas profissionais restritivos, característica prejudicial à eficácia e à eficiência da atuação de equipes interdisciplinares no atendimento ao paciente. Muita atenção tem sido dada à identificação dessas práticas e às maneiras de modificá-las[5].

Alterações no processo de regulação das profissões no contexto saúde caminham a passos lentos nos EUA, principalmente, em consequência da resistência encontrada, nas categorias profissionais, à expansão do leque de práticas. Por exemplo, o acréscimo de papéis profissionais às profissões já reguladas ou a introdução de novos modelos de força de trabalho têm sido confrontados por inúmeras barreiras[4].

Associa-se a essa situação, a autonomia que os estados possuem para regular as profissões de saúde em seus territórios, competência que faz emergir grande variação no escopo de práticas de várias profissões da área de saúde. Algumas vezes, chega a haver um descompasso entre as competências adquiridas pelos profissionais em ações de capacitação profissional, e as descritas pela autoridade legal, que muitas vezes abarca um leque restrito de competências. Complementa esse contexto, o fato de que nem todos os estados licenciam as mesmas profissões de saúde à prática profissional. Por exemplo, apenas a metade dos estados americanos concede licença a tecnólogos de medicina nuclear[6].

Outro problema identificado no modelo de regulação americano é a variabilidade do grau de autonomia de uma mesma profissão entre os

estados. Por exemplo, os enfermeiros *seniors*, uma categoria profissional considerada acima da categoria de enfermagem, na qual enfermeiros realizam capacitações especiais que os possibilita realizar diagnósticos, e, assim, a atuar mais como médicos do que como enfermeiros. Em determinados estados, os enfermeiros *seniors* são autorizados a assumir suas funções com total autonomia. Em outros, dependem da participação da equipe médica.

Um exemplo concreto dessa situação acontece no estado de Nova Iorque. Apesar da prática não ser legalmente estabelecida por algum instrumento normativo estadual, enfermeiros *seniors* especializados em anestesia são autorizados a prestar serviços de anestesia, sem supervisão direta, mas com a assessoria da equipe médica, prioritariamente em regiões desprovidas de médicos anestesistas. Há grande quantidade de serviços de anestesia prestados por enfermeiros *seniors* na zona rural de Nova Iorque. Por outro lado, no Colorado, essa mesma categoria profissional, possui aparato legal para a atuação em procedimentos anestésicos, sem supervisão ou assessoria médica.

Quanto à expansão do escopo das categorias profissionais, o processo para atribuir, aos farmacêuticos, ações relacionadas à imunização da população fornece exemplos dos entraves vivenciados pelo modelo de regulação. Historicamente, qualquer atividade de imunização, nos EUA, era realizada, exclusivamente, por médicos e enfermeiros. A lei estadual que possibilitou que tal ação fosse atribuída também aos farmacêuticos levou mais de uma década para ser decretada (1994-2009). Até os dias de hoje, farmacêuticos encontram barreiras, principalmente de enfermeiros, para assumir tal atribuição[7].

Outro aspecto interessante que permeia o modelo de regulação diz respeito à inclusão de novas categorias profissionais no sistema. Como exemplo, a inclusão dos terapeutas de saúde bucal, que

enfrenta enorme resistência das associações odontológicas estaduais e nacionais para sua efetivação. Com o objetivo de atender a população das áreas mais remotas dos EUA, pessoas da comunidade que demonstram capacidade para exercer profissão são identificadas e encaminhadas à Nova Zelândia para capacitação. Atualmente, essa profissão, apesar dos resultados efetivos, dos baixos custos, no tratamento da saúde dentária de americanos, vem sendo adotada apenas nos estados do Alasca e de Minnesota[5].

Paralelamente a esses entraves, vários são os motores capazes de propulsionar mudanças no modelo de regulação americano: escassez de mão-de-obra para prestação dos cuidados básicos; mudanças do perfil epidemiológico; má distribuição da mão-de-obra no País, concentrada nas comunidades urbanas; necessidade de redução dos custos da saúde; advento da tecnologia; demanda por regulação de profissões de práticas alternativas como acupunturistas, massoterapeutas; e força do mercado impregnada da visão varejista imposta pelas clinicas de saúde.

Muitos aspectos são capazes de provocar mudanças no modelo de regulação: demanda dos atores sociais – associações profissionais, consumidores, profissionais do setor saúde, planos/seguros de saúde, gestores de políticas públicas; novas necessidades, principalmente da população carente; advento tecnológico; mudanças do perfil epidemiológico; forças do mercado; pressão para redução dos custos de saúde.

Brasil

No Brasil, a regulamentação profissional se dá no âmbito do poder legislativo, o qual analisa as demandas de regulamentação profissional para então promulgar as leis profissionais. Tais leis estabelecem, basicamente, o direito à prática e o escopo de prática de cada profissão. Elas também tratam da criação de entidades reguladoras profissionais. Assim, cada profissão tem sua própria Lei de Exercício Profissional, marco legal da regulação de determinada profissão.

O sistema universitário participa da educação profissional e fornece diplomas que permite ao concluinte se registrar no seu respectivo conselho profissional. Este, por sua vez, registra, autoriza, fiscaliza e disciplina os profissionais de saúde de seu âmbito.

O autogoverno das profissões e a autorização legal de direitos exclusivos de prática, mediante atos privativos das profissões autorreguladas, podem ser definidas como as características essenciais do modelo brasileiro de regulação profissional. E neste modelo, dois fatores são fundamentais: (i) as Leis de Exercício, que definem o escopo de prática da profissão, constituído por atos exclusivos ou privativos; pré-requisitos de habilitação legal para a prática, particularmente as credenciais educacionais; formas e competências institucionais das autoridades reguladoras das profissões; (ii) Conselhos profissionais, que são autarquias federais especiais (ou seja, instituições que têm o poder de regular os seus membros e são parte do Estado) com autoridade reguladora. Sua principal missão é garantir a proteção do público e da integridade das profissões. Tem como função registrar e autorizar os profissionais para a prática; emitir resoluções concernentes ao exercício da

profissão; definir os códigos de ética, que regem a prática dos seus membros; estabelecer a vigilância da profissão e sua disciplina.

Hoje, no Brasil, existem 21 profissões regulamentadas na área da saúde, 14 de nível superior, sete de nível técnico. Sendo que estas últimas, quando do seu exercício, são supervisionadas pelas profissões de nível superior. Estas profissões são reguladas por 14 Conselhos, sendo 13 deles de nível superior, abarcando as 14 profissões deste nível, e um único conselho profissional de nível técnico, o Conselho Federal de Técnicos em Radiologia.

O campo da regulação no Brasil é marcado por uma diversidade de demandas, entre as quais se destacam, pelo movimento crescente, as voltadas à criação e à regulamentação de novas profissões de saúde; demandas que nem sempre condizem às necessidades do sistema de saúde, por sofrerem influência de aspectos relacionados aos interesses do mercado, interesses corporativos, os quais fazem surgir um escopo de práticas restrito, incoerente às mudanças atuais do perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado pelo envelhecimento da população.

É preciso ratificar o que está na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) em que se necessita coordenar visando adequação das profissões em saúde ao perfil epidemiológico e que os gestores dos serviços de saúde reivindicam um sistema mais flexível, que permita combinar adequadamente habilidades e competências multiprofissionais. Além da coordenação citada, deve ocorrer, principalmente, uma coordenação entre os três poderes do Estado: Executivo, Legislativo, Judiciário, a fim de se criar uma política de governo quanto à regulação das profissões; como condição necessária para qualquer tentativa de reforma no atual modelo de regulação profissional. Enfatizando os determinantes da condução de novas demandas como: avanços tecnológicos e informacionais que

demandam trabalho inter e multidisciplinar, e transparência profissional, o desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, que integram equipes multiprofissionais na comunidade e cuja configuração exige a partilha de escopos de prática.

Há necessidade de aperfeiçoar o sistema que assegura direitos exclusivos a uma prática e considerar a possibilidade de combinar a autorregulamentação das profissões e com o compartilhar direitos à prática.

Neste aspecto, as discussões empreendidas no DOL foram importantes não apenas do ponto de vista de iniciar o debate sobre o tema com os atores envolvidos na assistência à saúde, mas também para se identificar os pontos que devem ser melhor analisados para a promoção de mudanças no âmbito da regulação das profissões em saúde.

Os participantes do DOL demonstraram grande expectativa com relação a iniciativa e alguns dos aspectos mencionados foram: expectativa de ampliar o conhecimento e trocar experiências, principalmente diante de um perfil tão variado de participantes; preocupação com relação à capacitação e formação continuada dos profissionais que atuam na APS; importância das abordagens multiprofissionais e integrais para as ações de saúde, nos diversos espaços de atuação; expectativa de identificar processos pedagógicos que possam contribuir para a prática em saúde; preocupação com a importância do conhecimento e cuidados com a população idosa, já que a população brasileira está envelhecendo; importância da organização dos serviços de APS; enfoque na Medicina de Família e Comunidade, tendo como exemplo a formação dos médicos de Cuba; preocupação com a ampliação do campo de ação de profissionais não-médicos no exercício de funções médicas (diagnóstico, solicitação

de exames, prescrição de medicamentos e etc.); preocupação com as mudanças políticas de saúde, que se encontram em franca transição, em um cenário de escassez de recursos humanos, gerando lacunas enormes no âmbito das equipes profissionais.

Com relação aos escopos de prática dos profissionais da APS, ficou clara a dificuldade em se formar profissionais para atuação no SUS, principalmente no que tange à atuação em equipe multidisciplinar, assim como a necessidade da união das profissões, cada um dentro de sua área de atuação.

Uma questão bastante discutida foi sobre a mudança do sistema de saúde, que antes era focado na atenção secundária e terciária e hoje passa a ter um foco mais direcionado à promoção e prevenção e que, apesar disso, os cursos ainda têm em seus projetos pedagógicos, muitas disciplinas e atividades voltadas ao contexto hospitalar/especializado.

Ainda, a importância de se ter uma educação continuada, já que a todo momento há evoluções, seja do campo médico ou da indústria farmacêutica e inclusive de doenças. A dificuldade de se estabelecer um trabalho multi e interdisciplinar, e que o maior obstáculo para essa interação entre as profissões está na formação, ainda nas universidades, que ainda trazem uma postura conservadora, tradicional e muitas vezes menos solidária no diálogo com outras áreas do conhecimento. Neste contexto, houve a ideia de sugerir às universidades a criação de disciplinas compartilhadas entre os diversos cursos de graduação da área da saúde. Ainda, se a pós-graduação (seja *lato sensu* ou *stricto sensu*) contribui ou não para a expansão dos escopos de prática.

A falta da convivência com outros profissionais nos estágios e visitas técnicas, pelo foco estar muito nas práticas/procedimentos e não na gestão/recursos humanos, também foi debatido. A falta de interesse

dos próprios profissionais, quando há alguma oferta do governo de cursos e capacitações; a importância da Saúde se relacionar com a Educação, em conjunto com a ideia de que cada instituição de ensino superior (IES) seja responsável por uma ESF, tornando a ESF o campo de estágio do aluno, onde ele já exerceria sua profissão (com supervisão de profissional regulado) e já em contato com a multidisciplinaridade.

O fato de que ampliar o escopo de práticas profissionais não está relacionado a adentrar em áreas e conhecimentos específicos de uma ou outra categoria profissional, mas sim de somar conhecimentos e ampliar ações que possam ser realizadas de forma a tornar o processo de cuidar dos usuários mais ágil e resolutivo, foi uma das posições mais mencionadas, assim como a necessidade de um sistema informatizado em diversas áreas do Brasil.

A possibilidade de o enfermeiro realizar algumas atividades relativamente simples, que atualmente só podem ser realizadas por médicos, como pequenas suturas, prescrição e renovação de alguns medicamentos (conforme guias e protocolos), encaminhamentos e solicitação de exames mais específicos foi defendida por parte dos participantes.

Percebeu-se expectativa de que a ampliação dos escopos de prática possa valorizar os demais profissionais da saúde, pois, embora todos os profissionais sejam necessários, o médico ainda é considerado o ponto central da equipe.

Foi também bastante relatado que os médicos cubanos[d], na maioria das vezes, possuem menos distanciamento em relação aos outros profissionais da equipe, além de serem mais compromissados com a

[d] No âmbito do Programa Mais Médicos.

comunidade. Tal fato tem associação com o processo de formação empregado lá.

A abrangência da APS também foi mencionada, a qual pode ir além dos tratamentos e acompanhamentos clínicos, seja através da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou dos Consultórios de Rua, com a participação de todos os profissionais de saúde, e não apenas pelos agentes de saúde. Nesse sentido, se ressalta a importância da multi, inter e transdisciplinaridade como fatores essenciais nos profissionais de saúde da APS, e se aponta as diversas barreiras burocráticas e padronizações que acabam por afastar o profissional da atuação com os demais serviços oferecidos. Essas barreiras podem fazer com que o usuário fique estacionado na rede e desestimulado com o acolhimento mecanizado.

Além disso, apontam-se como fatores fundamentais para a funcionalidade da atenção básica a integralidade como um dos eixos do SUS e sua relação com o trabalho em equipe e o trabalho intersetorial, a educação permanente e de atividades como o consultório de rua, saúde nas escolas, consultas agendadas e grupos de apoio.

A participação da população na promoção da saúde e na prevenção de doenças, visto que ainda hoje a cultura é mais voltada para o hospital e para medidas curativas e não preventivas. Foi levantada também a questão salarial e estrutural como de fundamental importância para se alcançar a transdisciplinaridade. E, neste aspecto, se reforçou que o trabalho em equipe, sobretudo na atenção básica, deve englobar desde o gestor até a recepcionista.

Estabelecendo comparação entre o Brasil e as experiências internacionais

Em 1988, ao instituir uma nova Constituição Federal (CF), o Brasil assumiu o desafio de construir um sistema de saúde público, universal e gratuito, capaz de atender a todos os seus cidadãos. Hoje, o sistema possui, aproximadamente, 100 milhões de habitantes SUS dependentes, que buscam um leque variado de serviços, contemplados por ações que abarcam desde a vacinação até o transplante. Trata-se de um sistema complexo, descentralizado, no qual União, estados e municípios são responsáveis por garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Apesar da trajetória histórica, dos seus quase trinta anos de construção e de consolidação, o sistema de saúde, nos dias de hoje, é permeado por inúmeros desafios, tais como, a estruturação das redes de atenção à saúde; a garantia de provimento e, sobretudo, de fixação dos profissionais de saúde, não somente em regiões carentes, remotas e de difícil acesso, mas também em periferias de grandes centros urbanos; a regionalização do sistema, a fim de garantir um arranjo interfederativo entre os entes, capaz de propiciar, aos profissionais de saúde, não somente o avanço em direção ao compartilhamento regional de obrigações, mas também, capaz de garantir-lhes benefícios comuns, tais como carreiras profissionais ou melhores condições de trabalho.

No contexto histórico, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão, do Trabalho e Educação na Saúde, colocou em pauta o delineamento e a reformulação de políticas, propostas e alternativas voltadas à questão dos recursos humanos da área de saúde, temática que vem sendo aprofundada ao longo dessa última década. Paralelamente, nesse período, foi implantado, o Departamento de Gestão e da

Regulação do Trabalho em Saúde, cuja tarefa primordial é, articulado a estados e municípios, garantir o planejamento, o levantamento do quadro de profissionais, assim como, a formulação de políticas direcionadas à melhoria das condições de trabalho e à carreira profissional, tarefas ainda incompletas.

O Brasil vive, nos dias de hoje, um momento particular. A população brasileira realiza uma série de manifestações populares, em todo território nacional, clamando por melhorias do serviço de saúde do país. O Ministério da Saúde, ou melhor, o governo brasileiro defronta-se com esse contexto, que lhe impõe, entre outras coisas, a necessidade de ajustar o aparelho formador, a fim de torná-lo capaz de garantir, em curto prazo, um aumento significativo do número de médicos capacitados a atender à população brasileira. Paralelamente, o país adapta-se à abertura de suas fronteiras à imigração de médicos estrangeiros, por meio do Programa Mais Médicos, uma medida temporária, mas absolutamente necessária para suprir a deficiência de profissionais de saúde hoje existente no país.

O sistema de saúde brasileiro, se analisada a proporção entre o número de profissionais capacitados e a demanda do mercado de trabalho, é marcado pelo descompasso entre excedente e escassez de mão de obra. Há profissões, como a da enfermagem, cujo número de profissionais capacitados supera significativamente a demanda existente no mercado de trabalho. Por outro lado, existem profissões com forte escassez de mão de obra, como a de médico, na qual, para cada médico graduado, há uma vaga e meia, disponível no mercado de trabalho.

No modelo brasileiro, a autorização legal de direitos exclusivos de prática, ocorre por meio de atos privativos dos conselhos profissionais. Tal característica faz com que a demanda relacionada à regulamentação de determinadas profissões e ocupações seja

elevada. Geralmente, as demandas dizem respeito à modificação dos domínios de prática, à expansão da jurisdição ou à consolidação de atos exclusivos. Basicamente, as demandas buscam tornar o direito à prática exclusivo, ou quase exclusivo a uma profissão, ou buscam fazer com que determinada profissão receba o reconhecimento da sociedade.

Os conselhos profissionais foram criados, no Brasil, com a função de regular as profissões. Os textos constitucionais brasileiros de 1937 e 1967 atribuíram-lhes poderes próprios para fiscalizar e regular as profissões. Por sua vez, o texto constitucional de 1988, no artigo 22, estabeleceu, à União, a competência privativa de legislar sobre a organização do sistema nacional de profissões e sobre as condições para o exercício profissional. Em 1998, a Lei nº 9.649, artigo 58, afirmou que: "Os serviços de fiscalização de profissões regulamentadas serão exercidos em caráter privado, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa". Sob aparato legal, os conselhos profissionais possuem poder de regulação e de fiscalização.

Atualmente, os conselhos profissionais são autarquias federais especiais. Como tal, fazem parte do Estado brasileiro. Possuem, como missão principal, garantir a proteção do público e a integridade das profissões. Atuam no registro e na concessão de autorizações para o exercício da prática profissional, assim como em ações que envolvam questões éticas, de controle, disciplina, julgamento e de fiscalização.

Em relação às demandas os requerimentos de expansão da jurisdição são diversos e abrangem diferentes perspectivas, como a criação de cursos técnicos ou de nível superior, o controle do fluxo no mercado de trabalho por meio da inserção do profissional no mercado de trabalho, a delimitação do escopo de sua prática profissional etc. Demandas são dirigidas a diferentes atores, como a autoridades

educacionais, a fim de controlar o fluxo de entrada no mercado profissional. Sobre gestores dos serviços de saúde, com a prerrogativa de estabelecer seus direitos de definirem as normas da prática, um *mix* de habilidades e competências compartilhadas, organização das linhas hierárquicas do trabalho, etc. Ações também são direcionadas sobre políticos e autoridades para estabelecer o direito de participar da definição das políticas de saúde. Também existem pleitos das profissões de saúde antagônicas, a fim de expandir seus direitos exclusivos de propriedade, restringindo a competência de suas práticas sobre a área disputada. Há também disputas coorporativas entre os conselhos, no tocante a definição sobre o escopo de suas práticas profissionais.

Levantamento do quantitativo de projetos de lei vinculados a profissões de saúde, em tramitação no Congresso Nacional, revelou que, desde 1999 foram apresentados 244 (duzentos e quarenta e quatro) projetos. Desses, 130 (cento e trinta) contemplavam como temática a regulamentação do exercício profissional, sendo que, 43 (quarenta e três) deles tratavam da regulamentação de uma profissão que, uma vez efetivada, se conflitaria com outra profissão já regulamentada.

Diante desse quadro, é certo que, nesse momento, é necessário aperfeiçoar o sistema de regulação adotado no país, pautando-se, fundamentalmente, na sua adequação ao perfil epidemiológico do Brasil. O Ministério da Saúde vem atuando nesse campo apenas de maneira reativa, elaborando pareceres aos projetos de lei. Avalia as solicitações sem, no entanto, fomentar novas demandas à luz das necessidades concretas e do contexto multiprofissional do SUS.

Atualmente, gestores dos serviços de saúde reivindicam um sistema mais flexível, que lhes permita combinar adequadamente habilidades e competências multiprofissionais. Essa mesma reivindicação é

apontada pelo Conselho Nacional de Saúde, assim como por órgãos colegiados, tais como, as Comissões Intergestores Regionais, a Comissão Intergestores Bipartite e a Comissão Intergestores Tripartite. Além disso, diferentes desafios impõem-se ao sistema regulatório. A redemocratização do país permitiu o surgimento de novos grupos ocupacionais e, com eles, reivindicações relacionadas à igualdade de tratamento e à equidade profissional. Os avanços tecnológicos e informacionais requerem, cada vez mais, o desenvolvimento do trabalho sob a ótica da inter e da multidisciplinariedade. Os avanços clínicos e farmacológicos, o fortalecimento do controle social, as exigências de transparência profissional pelos usuários do sistema de saúde, e o desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, como o da ESF, cuja configuração exige a partilha de escopos de prática, ou o da medicina alternativa e complementar são alguns exemplos.

Frente a esse contexto, materializa-se a necessidade de se implantar mecanismos de coordenação do sistema de regulação, bem como de se estabelecer, a partir de ações que articulem os três poderes do Estado: executivo, legislativo e judiciário, uma política de governo dirigida à regulação das profissões.

As demandas atuais e futuras de regulamentação de profissões devem ser consideradas à luz dos princípios da eficiência, da equidade, da viabilidade e da responsabilidade, e à luz do equilíbrio entre o interesse público e o das categorias profissionais.

Apesar de ser um tema antigo, amplamente abordado em inúmeros debates pertinentes à área saúde, ainda não foi possível chegar a um modelo capaz de organizar o sistema de ordenamento e regulação das profissões no Brasil.

Os modelos e sistemas de regulação existentes no mundo retratam a história de cada país, a forma como cada sistema de saúde foi

concebido e a maneira como as profissões se organizaram. Apesar das diferenças existentes entre os países, são observados elementos constitutivos, eixos centrais, que devem estar presentes em todos os sistemas de regulação.

Um dos eixos fundamentais trata da quantificação dos recursos humanos. Para um país como o Brasil, que tem um sistema de saúde universal, essa quantificação é fundamental. Deve-se definir a quantidade de profissões, de profissionais e de especialistas existentes e necessários, assim como, acompanhar, sistematicamente, o comportamento dessas variáveis ao longo do tempo. Paralelamente, deve-se enfocar a questão da distribuição. É preciso definir políticas para fixar e para garantir a permanência dos profissionais em locais menos atraentes ou de difícil acesso.

A formação profissional é outro eixo fundamental. É preciso haver um espaço permanente de debate sobre as profissões, uma vez que essas fazem parte de um processo social, cuja construção, permanente, ocorre à medida que os profissionais interagem com seus objetos e que o conhecimento avança. É necessário, portanto, acompanhar e gerir a lógica estabelecida aos processos de formação acadêmica - o que, para que, onde, quanto, de que maneira formar -, tanto a nível técnico, de graduação e de pós-graduação.

O terceiro eixo abarca a certificação, a educação permanente e a acreditação. Não é possível pensar nas profissões, nesse mundo em transformação, sem ter claro o como certificar. O detalhe da certificação, atualmente visto como uma mera validação de diploma para o exercício profissional, virou, nos dias de hoje, em decorrência do Programa Mais Médico, uma questão central de Estado. É preciso por meio do debate permanente, desmitificar a certificação.

Quanto à educação permanente, não é possível conceber sistemas de saúde sem a construção de acordos produtivos, voltados à promoção

de benefícios e ao atendimento do interesse público, acerca dos processos de trabalho e da utilização de tecnologia. A educação permanente deve ser uma atividade constante.

No que diz respeito à acreditação, é necessário criar mecanismos de validação permanente, não para punir ou excluir profissionais, mas para provocar certa movimentação na vida dos trabalhadores. A acreditação deve estar vinculada à educação permanente, sendo concebida como atividade plena em torno da profissão.

Por fim, o quarto eixo abarca a abrangência das profissões. No Brasil, em todas as atividades da saúde, que envolvam tomadas de decisão, cabe ao médico a palavra final. O sistema é "médico-dependente".

Também é preciso considerar que o Brasil é um país atualmente caracterizado pelo: envelhecimento da população, feminização das profissões de saúde; sistema de saúde em expansão; princípio constitucional da integralidade do SUS etc. As profissões são vivas e estão em constante evolução, é preciso construir um pacto inicial conceitual das mesmas em determinado momento, a partir daí elas serão em parte autorreguladas e em parte reguladas mediante a presença do Estado.

Em todo processo de regulação profissional, é preciso debater a história de cada profissão, definindo-se, a partir dos elementos históricos, o núcleo de competência de cada profissão. Paralelamente, é necessário delimitar-se o escopo de atuação de cada profissão, atentando-se para que o escopo delimitado não se torne responsabilidade hegemônica de uma profissão sobre a outra.

É essencial inovar e definir em que lugar estarão as instâncias reguladoras, pois as questões envolvidas nesse processo possuem naturezas distintas e embasamento de diferentes teorias (formação; capacitação permanente; quantificação; distribuição; conteúdo da

conformação da profissão; certificação; acreditação; etc.). É preciso criar instâncias permanentes, para realizar o processamento destes debates e para a tomada de decisões.

Nossa história, que empoderou as corporações profissionais, também devem participar deste debate, pois acumularam poder e conhecimento, assim como as universidades que ganharam autonomia e criaram cultura neste campo de conhecimento.

Ainda que gestor do sistema nacional de saúde seja o Ministério da Saúde, deve-se criar um modelo de gestão orgânico e ao mesmo tempo funcional. Para tanto, é fundamental estabelecer instâncias separadas para cada um dos eixos citados, cada uma delas com representações estabelecidas de acordo com a natureza do objeto e em constante interação com outras instâncias.

Especialmente, o momento atual requer que o diálogo entre o SUS e o sistema educacional seja intensificado. Há de se questionar o papel do Estado brasileiro e do poder legislativo, bem como analisar as iniciativas tomadas pelo poder executivo, especificamente, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, no ordenamento e na formação de recursos humanos.

Ao longo dos anos, várias iniciativas foram realizadas com o objetivo de aperfeiçoar o ensino de graduação no país. Para tanto, diretrizes curriculares nacionais foram estruturadas, procurando adequar a formação dos profissionais à realidade e às necessidades do SUS. Apesar dos avanços alcançados, o debate sobre esse tema deve ser retomado – caso desta pesquisa, para que se possa tornar possível a construção de um sistema de saúde de qualidade, principalmente, quanto ao acesso e à prestação dos serviços. É fundamental mudar a formação, discutir a regulação do trabalho e mudar a qualidade dos cuidados prestados à população.

Ainda que os avanços tenham sido significativos na construção de um sistema multidisciplinar de prestação de serviços, o sistema de saúde do país é um sistema médico dependente, pois, além de atribuir exclusivamente ao médico a competência de realizar o diagnóstico primário, estabelece que o plano de cuidado e a abordagem terapêutica devem ser desenhados apenas a partir do diagnóstico primário. O enfoque a ser dado, não é o de excluir o papel do médico, mas de reafirmar sua importância, simultaneamente, à confirmação do papel de todos os outros profissionais de saúde. Essa abordagem multidisciplinar deve extrapolar as fronteiras dos agentes regulatórios, para caminhar em direção à população.

É necessário entender o papel dos conselhos profissionais, compreender como eles têm dialogado com as políticas públicas. Além disso, é preciso fazer com que os seus atos sejam estruturados e configurados de maneira compatível às necessidades do setor saúde, e não aos marcos regulatórios construídos por cada profissão. Toda profissão tem seu estatuto social, desenvolvido e aprimorado historicamente. Cada profissão tem sua essência, um grupo de atos específicos e um ato nuclear. Mas, o conjunto de profissões tem atos compartilhados, que, também, precisam ser regulados. Para que isso ocorra, é imprescindível delimitar os atos regulatórios a partir da experiência. É essencial debater o papel das diferentes profissões de saúde, refletir sobre o trabalho em equipe, discutir como o cuidado pode ser desenvolvido e conceber que o protocolo de cuidados não tem a função de engessar uma profissão, mas sim de mediar a atuação de um conjunto de profissionais.

Paralelamente, é preciso aprimorar a gestão, buscar a melhoria da qualidade dos serviços, ampliar os investimentos e a alocação dos recursos. É preciso construir outros parâmetros de cuidados para uma população que envelhece ainda mais, a cada momento. É preciso fazer um novo pacto de cuidado da população, garantindo-lhe

acesso e qualidade da atenção em tempo oportuno. Por outro lado, é preciso mediar a relação entre os profissionais de saúde, a fim de estabelecer um novo pacto de cuidado para a população brasileira. Caso contrário, deixará de existir no sistema de saúde, o seu principal compromisso ético, a defesa da vida.

Pensar o tema regulação exige que se analisem os marcos regulatórios quanto ao escopo das ações a serem desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais. Análise do contexto internacional evidencia que em diversos países, como no Canadá, cuja regulação realiza-se desde a origem do sistema nacional de saúde, ou na Itália, cujas ações tiveram início em 1978, a regulação vem sendo trabalhada há muitos anos. Em outros países, como nos EUA, país no qual o sistema nacional de saúde se organiza por princípios lógicos diferenciados, a regulação é realizada pelo governo. Nos três países, a formação dos profissionais, isto é, o número de vagas disponibilizadas nas universidades e centros de formação é determinado de acordo com levantamentos de necessidades de formação. No Brasil, os Ministérios da Educação e da Saúde não exercem nenhum papel na determinação do número de vagas a serem disponibilizadas para a formação de novos profissionais de saúde. E, cabe a autarquias de governo, ou seja, aos conselhos profissionais, gerenciados por profissionais da mesma categoria, a função da regulação profissional.

Associa-se ao descompasso entre formação e regulação, o desconhecimento do quantitativo de profissionais de saúde existentes no país. A VIII Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade da realização desse diagnóstico. Atualmente, foi levantado o número de médicos no Brasil, 1,8 médico por 1.000 habitantes. É preciso conhecer o quantitativo das demais categorias profissionais: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e outros.

O Brasil possui uma das menores proporções entre o número de enfermeiros por habitantes da América Latina, 1,4 enfermeiro por 1.000 habitantes. Paralelamente, é preciso identificar os locais, o processo e a qualidade da formação desses profissionais de saúde, assim como a real demanda de mão-de-obra. Na enfermagem, por exemplo, vive-se o paradoxo entre a existência de muitos centros de formação e o número significativo de ingresso de estudantes com a elevada taxa de abandono. Um terço dos estudantes que ingressam nos cursos de graduação em enfermagem não conclui o bacharelado. Esse comportamento não se repete em relação à medicina.

Outro aspecto a se considerar é a formação dos profissionais para o trabalho em equipe. No Brasil, tratam-se de equipes multiprofissionais; nos EUA e Canadá, equipes interprofissionais; na Itália equipe sanitária. Denominações providas de semiótica social, de semântica e de linguística próprias. Problematizar esses termos, a partir da necessidade social em saúde é um desafio a ser superado. O termo multiprofissional pressupõe pessoas de diferentes profissões desenvolvendo um único processo de trabalho. O termo interprofissional designa o processo de trabalho que é desenvolvido pela equipe.

Outro aspecto inerente à realidade brasileira a ser considerado é a concepção do cidadão quanto à prestação do serviço de saúde. Quando questionado sobre esse tema, a grande maioria associa a prestação do serviço de saúde a hospitais e a médicos.

Há evidências de que no Brasil existem problemas de regulação em todas as profissões, inclusive na medicina. Desde 1986, constata-se falta de diálogo entre governos e corporações, assim como tendência a caminhar por estradas diferentes. Há um divórcio entre os atores, a ser superado pela construção de uma terceira via. Existe a via das corporações - conselhos profissionais e a do Estado. É necessário

construir a terceira via, a da instância colegiada, com representação de gestores, usuários e trabalhadores, tentativa realizada nesta pesquisa.

Considerações finais

O processo de regulamentação profissional da saúde pode ser entendido como uma política pública, uma parte essencial das políticas de saúde. Nesse sentido, as demandas atuais e futuras de grupos profissionais para regulamentar as suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios como a eficiência, a equidade, a viabilidade e a responsabilidade, em nome do interesse público.

Nesse aspecto, a expansão de escopos de prática de profissionais na APS surge como considerável ponto de pauta, ganhando espaço nas discussões entre profissionais, pesquisadores e gestores estaduais e municipais de saúde no Brasil.

Existe uma necessidade de alcançar um equilíbrio adequado entre o interesse público e a variedade de demandas de regulamentação. Há necessidade de um sistema que considere a possibilidade de manter e combinar a autorregulamentação das profissões e compartilhar direitos à prática.

Alguns países deram passos importantes neste sentido, que poderiam ser adaptados à situação brasileira, como: revisão da estrutura legal de regulamentação profissional; revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional; revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que agora lutam por reconhecimento e; avaliação do modelo brasileiro de autorregulamentação e, se for caso, a proposta de alternativas desejáveis.

As experiências internacionais são pano de fundo para pensarmos modificações para o Brasil. E é preciso ter paciência com os processos de mudança. Tenta-se sair da autorregulação, com base

corporativista, para um processo que construa profissionais de saúde - seja em que nível for - a partir da formação.

Sobre esse aspecto, a profunda investigação realizada no âmbito desta pesquisa, no que se refere aos processos de formação de profissionais da saúde, aponta para um sistema educativo com grandes traços do modelo de saúde biomédico. Não se pode negar, no entanto, que alguns cursos já despontam para mudanças que se alicercem na perspectiva do SUS, com foco nas práticas preventivas e de promoção da saúde, especialmente a enfermagem.

Maiores dificuldades são enfrentadas no campo da farmácia, fisioterapia e odontologia, nos quais se reflete o aspecto especialista da profissão, adensado pelos procedimentos e técnicas realizadas no âmbito dos consultórios privados e farmácias comerciais. Isto resulta não apenas do perfil docente e da manutenção de um modelo de formação mais restritivo às práticas individuais, mas também à resistência e desconhecimento de gestores, usuários e profissionais com relação ao desenvolvimento de práticas coletivas por esses profissionais. E, ainda, o diminuto espaço encontrado por estes profissionais nos serviços de APS.

Assim, verifica-se que, no âmbito da graduação, se formam poucos profissionais preparados para atuarem na perspectiva do SUS e na lógica do trabalho multiprofissional / interprofissional, menos, ainda, para atuarem num cenário de escopos de prática ampliados.

Espera-se que as deliberações e análises advindas desta pesquisa contribuam para o movimento já iniciado para formulação de políticas públicas em saúde, incluindo o planejamento e fomento das políticas de formação, atuação e inserção profissional no campo da saúde.

SÍNTESE - Abertura - 25 a 27 de novembro

Informações Gerais

A presente síntese é relativa à Abertura do Diálogo Online sobre 'Expansão do Escopo de Prática da Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde', que ocorreu entre os dias 25 e 27 de novembro de 2016. O Diálogo é parte integrante de pesquisa 'Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde' e está sendo organizado em parceria pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Estação de Trabalho Observa RH (IMS/UERJ). O espaço de abertura foi dedicado à apresentação dos participantes, com o intuito de conhecer seus contextos, expectativas com relação ao Diálogo e para que pudessem familiarizar-se com a plataforma do evento. Os participantes foram convidados, ainda, a responderem um questionário online de caráter opinativo sobre a temática, e incentivados a consultarem o material de apoio.

Participantes

Durante os dias de abertura, contamos com diversos profissionais da área da saúde, como Agente Comunitário de Saúde, Farmacêutico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Enfermeiro, Dentistas, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Biomédico, Técnico de Enfermagem e Médico, incluindo cubanos do Programa Mais Médicos. Participaram ainda Assistente Social, Biólogo, Demógrafo, Pedagogo, Sanitarista. Os participantes, de diversos estados brasileiros, do norte ao sul do país, relataram ainda diferentes experiências, áreas e locais de atuação, como assistência em saúde, ensino (docência universitária, supervisão de estágio, educação permanente), conselho

de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outros. Participam também graduandos e pós-graduandos de cursos da área da saúde. Temas de Discussão Os moderadores e especialistas, coordenadores da pesquisa, relembraram os objetivos do diálogo, que é "promover a reflexão em torno da questão dos escopos de prática das profissões de saúde, tendo em vista a melhoria do acesso, da qualidade e da segurança da atenção básica" e se encarregaram de responder às dúvidas, enquanto os demais participantes se apresentaram, adicionando à sua apresentação um pouco de seu contexto, bem como comentários e expectativas sobre a iniciativa do evento. Os participantes demonstraram grande expectativa com relação ao Diálogo e elogiaram a iniciativa. Alguns dos aspectos mencionados foram:

- Expectativa de ampliar o conhecimento e trocar experiências, principalmente diante de um perfil tão variado de participantes.
- Preocupação com relação à capacitação e formação continuada dos profissionais que atuam na APS;
- Importância as abordagens multiprofissionais e integrais para as ações de saúde, nos diversos espaços de atuação;
- Expectativa de identificar processos pedagógicos que possam contribuir para a prática em saúde
- Preocupação com a importância do conhecimento e cuidados com a população idosa, já que a população brasileira está envelhecendo;
- Importância da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde;
- Discussão sobre a atuação do Serviço Social e as questões transversais;
- Enfoque na Medicina da Família e Comunidade, tendo como exemplo a formação de médicos de Cuba;
- Preocupação com a ampliação do campo de ação de profissionais não-médicos no exercício de funções médicas (diagnóstico, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e etc.)
- A inserção da odontologia no serviço público de saúde, que surgiu desde 2000, com a inserção da equipe de

saúde bucal na estratégia de saúde da família e em 2004 com a reestruturação da política nacional de saúde bucal;

- Preocupação com as mudanças políticas de saúde, que se encontram em franca transição, em um cenário de escassez de recursos humanos, gerando lacunas enormes das equipes.

SÍNTESE - 28 de novembro - A reforma dos escopos de prática de profissionais de saúde (expansão de escopos e novas profissões) - a questão no Brasil e as experiências internacionais.

Informações Gerais

A presente síntese é relativa ao primeiro dia de discussões do Diálogo Online sobre 'Expansão do escopo de prática da Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde'. Discutiu-se a questão da reforma de escopos no Brasil e as experiências internacionais.

Participantes

Neste dia, contamos com a participação de 44 pessoas, sendo 29 mulheres e 15 homens. Entre os participantes, tiveram 3 especialistas e 4 moderadores. O perfil de formação dos profissionais manteve-se distribuído entre Agentes Comunitário de Saúde, Farmacêuticos, Psicólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Biomédicos, Técnicos de Enfermagem e Médicos, Assistentes Sociais, Biólogos, Demógrafos, Pedagogos, Sanitaristas. Temas de Discussão No decorrer do dia, cada participante apresentou suas opiniões e ideias em relação à prática dos profissionais de saúde na atenção básica, muitos usaram como comparação alguns serviços de saúde internacionais, sendo bastante citado o Canadá. Alguns ainda relataram as próprias experiências como profissionais atuantes na Atenção Primária, citando exemplos e situações relacionados à ampliação de escopo, e o que acreditam ser necessário para esse processo. Em meio a tanta informação, os temas que merecem destaque são:

- A tentativa do Ministério da Saúde de ampliar o escopo de atuação do enfermeiro na atenção básica;
- A importância da união das diversas profissões da área da saúde, tomando como exemplo o Canadá, que só teve sucesso

com a reforma do sistema de regulação com a participação de todas as profissões. Essa união é mencionada várias vezes por participantes distintos;

- O exemplo de Londres, onde as universidades estimulam seus alunos a valorizarem o sistema de saúde nacional, o National Health Services (NHS), e o trabalho multidisciplinar, valorizando o indivíduo e a comunidade. O que no Brasil é diferente, visto que muitos universitários já saem da universidade não querendo trabalhar no Sistema Único de Saúde;
- As limitações que o ato médico impõe sobre as decisões em relação às práticas de saúde;
- A importância, ou até mesmo a imprescindibilidade, da atualização, formação e capacitação dos diversos profissionais de saúde;
- Na área da saúde bucal, a inserção da confecção de próteses removíveis na atenção primária, que antes só era realizado na atenção especializada, o que exigiu a capacitação dos dentistas e envolvimento das equipes, juntamente com o incentivo dado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Contrastando com o Canadá, que, para atender este mesmo tipo de demanda, criou uma nova profissão, com o nome de Denturist, de nível intermediário, que executa, de forma compartilhada e mediante indicação de um cirurgião-dentista, a confecção das próteses;
- A questão cultural brasileira do apego e da tradição, que torna os métodos de trabalho muito rígidos, onde sugestões de melhorias e inovações não são bem aceitas;
- Menção ao programa boliviano AIEPI (Atenção Integrada a Enfermidades Prevalentes da Infância), que tem como pontos principais a capacitação de recursos humanos e a promoção da saúde infantil. Programa semelhante ao brasileiro AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância;
- A questão de a saúde ainda estar presa à uma concepção curativa e hospitalocêntrica e a abertura de um questionamento sobre como quebrar este paradigma;
- A necessidade de revisar protocolos já existentes, realizar capacitações contínuas dos envolvidos e reformular as grades curriculares de diversos cursos da área da saúde;
- A participação do usuário do serviço de saúde na reforma dos escopos de prática, embora não seja citado como essa participação deva ocorrer;

- A ideia de que a dedicação dos profissionais de saúde deveria ser exclusiva aos serviços públicos, de modo que os serviços privados deixassem de existir;
- A dificuldade de compreender o que é comunidade, de descobrir o melhor método para abordar cada ambiente, tendo em vista suas diversas culturas e tradições;
- A importância de mudar o foco, saindo de número de atendimentos e metas e passando para um foco de educação permanente e humanização;
- Menção ao Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), lançado em 2005 pelo governo federal, que tem por objetivo a integração ensino-serviço;
- A importância de haver vínculo, confiança, dedicação e apego entre os profissionais e usuários, visto que com tantas tecnologias e inteligências artificiais muitas vezes o processo que deveria ser empático seja algo robotizado.

SÍNTESE - 29 de novembro – Escopos de prática dos profissionais de saúde na APS

Informações Gerais

A presente síntese é relativa ao segundo dia de discussões do Diálogo Online sobre 'Expansão do escopo de prática da Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde'. Discutiu-se os escopos de prática dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde. A participação foi bastante diversa, com a fala de profissionais de várias regiões do país e de diferentes formações em saúde.

Temas de Discussão

A apresentação das ideias ocorreu como nos dias anteriores, com os participantes podendo fazer os comentários que achassem pertinentes ao tema, sendo guiados pelos moderadores através de perguntas e reflexões. Diversos tópicos foram semelhantes aos apresentados no tópico do dia anterior, e muitos trouxeram novas reflexões. Foi citado:

- Novamente, a necessidade da união das profissões, cada um dentro de sua área de atuação;
- A importância dos profissionais que trabalham com a administração e gestão também terem conhecimento sobre a saúde e não apenas administrativo;
- A abrangência da APS, que pode ir além dos tratamentos e acompanhamentos clínicos, seja através do Programa de Saúde da Família ou dos Consultórios de Rua, com a participação de todos os profissionais de saúde, e não apenas pelos agentes de saúde;
- A multi, inter e transdisciplinaridade como fatores essenciais nos profissionais de saúde da atenção primária e as diversas barreiras burocráticas e padronizações que acabam por afastar o profissional da atuação com os demais serviços oferecidos. Essas barreiras podem fazer com que o usuário fique estacionado na rede e desestimulado com o acolhimento mecanizado;

- A integralidade como um dos eixos do SUS e sua relação com o trabalho em equipe e o trabalho intersetorial;
- A educação permanente e de atividades como o consultório de rua, saúde nas escolas, consultas agendadas e grupos de apoio como fatores fundamentais para a funcionalidade da atenção básica;
- O fato de que ampliar o escopo de práticas profissionais não está relacionado a adentrar em áreas e conhecimentos específicos de uma ou outra categoria profissional, mas sim de somar conhecimentos e ampliar ações que possam ser realizadas de forma a tornar o processo de cuidar dos usuários mais ágil e resolutivo;
- A necessidade de um sistema informatizado em diversas áreas do Brasil;
- A possibilidade do enfermeiro realizar algumas atividades relativamente simples que atualmente só podem ser realizadas por médicos, como pequenas suturas, prescrição e renovação de alguns medicamentos (conforme guias e protocolos), encaminhamentos e solicitação de exames mais específicos;
- A participação da população na promoção da saúde e na prevenção de doenças, visto que ainda hoje a cultura é mais voltada para o hospital e para medidas curativas e não preventivas;
- Foi levantada a questão salarial e estrutural como de fundamental importância para se alcançar a transdisciplinaridade;
- A expectativa de que a ampliação dos escopos de prática possa valorizar os demais profissionais da saúde, pois, embora todos os profissionais sejam necessários, o médico ainda é considerado o ponto central da equipe;
- Foi relatado que os médicos cubanos, na maioria das vezes, possuem menos distanciamento em relação aos outros profissionais da equipe, além de serem mais compromissados com a comunidade.

SÍNTESE - 30 de novembro – Desafio para formação dos profissionais de saúde no contexto da expansão de escopos de prática profissional na APS.

Informações Gerais

A presente síntese é relativa ao terceiro dia de discussões do Diálogo Online sobre 'Expansão do escopo de prática dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde'. Discutiu-se os desafios enfrentados na formação dos profissionais, tendo como contexto a expansão dos escopos de prática na atenção básica. A participação foi bastante diversa e contou com falas de profissionais das mais diversas regiões do brasil e de diferentes formações profissionais.

Temas de Discussão

Uma das colocações que iniciou o fórum foi a fala da especialista Célia Pierantoni acerca da formação profissional na área da saúde e a adequação dessa formação em conteúdo e metodologias para o trabalho, incentivando os demais participantes a refletirem sobre como está essa formação, e em que medida ela aproxima-se ou distancia-se da prática nos serviços de saúde. A partir disso, os participantes foram contribuindo com experiências e conhecimentos acumulados, além de opiniões sobre a temática no decorrer do dia, orientados por outros questionamentos realizados tanto pelos moderadores, quanto pelos próprios participantes. Estabeleceu-se um diálogo dinâmico e rico, onde os principais temas citados foram:

- A visível mudança do sistema de saúde, que antes era focado na atenção secundária e terciária e hoje passa a ter um foco mais direcionado à promoção e prevenção e que, apesar disso, os cursos ainda têm em seus projetos pedagógicos, muitas disciplinas e atividades voltadas ao contexto hospitalar/especializado;
- Novamente, a importância de se ter uma educação continuada, já que a todo momento há evoluções, seja do campo médico ou da indústria farmacêutica e inclusive de doenças, citando- se o

exemplo do Chikungunya e do Zika;

- A dificuldade de se estabelecer um trabalho multi e interdisciplinar, e que o maior obstáculo para essa interação entre as profissões está na formação, ainda nas universidades, que ainda trazem uma postura conservadora, tradicional e muitas vezes menos solidária no diálogo com outras áreas do conhecimento;
- A ideia de sugerir às universidades a criação de disciplinas compartilhadas entre diversos cursos de graduação da área da saúde;
- Se a pós-graduação (seja lato sensu ou stricto sensu) contribui ou não para a expansão dos escopos de prática;
- O exemplo de alguns cursos de Serviço Social, onde não há uma disciplina que trate especificamente da formação em saúde, embora diversos Assistentes Sociais atuem na área. A mesma dificuldade foi relatada para o curso de psicologia.
- A falta da convivência com outros profissionais nos estágios e visitas técnicas, pelo foco estar muito nas práticas/procedimentos e não na gestão/recursos humanos;
- A falta de interesse dos próprios profissionais, quando há alguma oferta do governo de cursos e capacitações;
- A importância da Saúde se relacionar com a Educação, em conjunto com a ideia de que cada IES ser responsável por uma ESF, tornando a ESF o campo de estágio do aluno, onde ele já exerceria sua profissão (com supervisão de profissional regulado) e já em contato com a multidisciplinaridade;
- O exemplo dos Estados Unidos, onde os profissionais de saúde devem passar por uma reavaliação a cada 2 anos a fim de ter sua licença de trabalho revalidada;
- A importância de se trabalhar em equipe, sobretudo na atenção básica, focando que o termo equipe está englobando desde o gestor até a recepcionista;
- O desafio criado pela transição demográfica e epidemiológica, marcada pelo envelhecimento da população, o que modifica os padrões de saúde e doença;
- O fato de os usuários do sistema estarem muito mais exigentes sobre a qualidade dos serviços prestados.

SÍNTESE - 01 de dezembro – Facilitadores e barreiras para a expansão do escopo

Informações Gerais

A presente síntese é referente ao quarto dia de discussões do Diálogo Online sobre 'Expansão do escopo de prática dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde', em que se discutiu os facilitadores e barreiras encontrados para a ampliação do escopo de prática dos profissionais de saúde. Participantes e especialistas de diversas localidades do país contribuíram com experiências, opiniões e conhecimentos ao longo do dia.

Temas de Discussão

O debate foi iniciado com a colocação da formação profissional como possível barreira de integração em serviço, seguida pela fala da especialista Ivana Barreto sobre a educação interprofissional e de como esta educação é fundamental para a expansão do escopo de prática, visto que atualmente os estudantes são formados convivendo apenas com estudantes da mesma graduação, mas que é de fundamental importância que essa convivência seja ampliada e diversificada. O fórum seguiu nessa direção, trazendo outras visões e posicionamentos, fundamentando tópicos como:

- As principais barreiras, tendo como destaque: a existência de currículos dos cursos de graduação distantes da realidade da prática profissional, pouco integrados, o corporativismo das classes profissionais, a prevalência do modelo hospitalocêntrico, as condições adversas de trabalho, a falta de material, a grande demanda por produtividade, a diferença salarial entre classes profissionais e a ideia de que, com a expansão do escopo de prática, um profissional irá atingir/ invadir a área de abrangência do outro;
- A Educação Permanente, a Valorização da Atenção Básica, o Investimento na Saúde do Trabalhador, e a integração nos atendimentos intersetoriais e multidisciplinares como

facilitadores do processo de expansão de escopo;

- O exemplo do Reino Unido, com o Health Care Professions Council, que regula todas as profissões de saúde e dá aos profissionais registrados o direito de serem treinados para expandirem seus escopos de prática em contraste com o modelo do Brasil, onde os conselhos profissionais buscam expandir e reservar suas tarefas, tornando-as exclusivas;
- A dificuldade de fazer com que os estudantes tenham uma vivência em todas as áreas dos serviços de saúde;
- A política local como grande dificultador da expansão, pois muitas vezes o usuário não é levado em consideração;
- Foi salientando ainda a importância do Diálogo Online como facilitador para essa expansão, pois através dele é possível haver a quebra de paradigmas/preconceitos, a ampliação do olhar e a aceitação do novo;
- Foi citado novamente a importância da união das diferentes profissões da área da saúde, essa citação apareceu em todos os outros dias anteriores;
- Políticas como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), residência em medicina de família e comunidade, a existência de serviços que exigem maior transdisciplinariedade como o CAPS, bem como políticas de formação (residência/ especialização) multiprofissional, como instrumento facilitador para a colaboração interprofissional e ampliação de práticas;
- A territorialização como um facilitador, já que caracteriza a população e seus problemas de saúde, formando assim um planejamento adequado a cada região;
- A ideia de que, para se superar as barreiras, sobretudo as políticas, é fundamental a parceria da Secretaria Municipal de Saúde, bem como a participação comunitária nas reuniões promovidas pelo serviço de saúde;
- Outro dificultador citado foi a ausência de perfil profissional daqueles que trabalham na instituição apenas para receber seu salário, não dando a devida importância ao usuário do serviço;
- O contexto de desvalorização e sucateamento do SUS como barreira para expansão de escopo;
- A possibilidade de as tecnologias de informação e comunicação agirem como facilitadores, embora não tenha sido colocado como podem atuar de tal forma;
- A falta de capacitação dos gestores, sobretudo na região do Pará, que, conforme relatado, não conseguem atender ao perfil

epidemiológico local, tampouco valorizar o conhecimento técnico dos profissionais;

- A importância de haver uma variedade distinta de profissionais da saúde como docentes em um mesmo curso;
- A precariedade dos vínculos empregatícios e a alta rotatividade dos profissionais nas equipes de saúde como barreira.

SÍNTESE - 02 de dezembro – Conclusão e Encaminhamentos.

Informações Gerais

A presente síntese é relativa ao quinto e último dia oficial de discussões do Diálogo Online sobre 'Expansão do escopo de prática dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Saúde'. Esse dia foi reservado para encaminhamentos, agradecimentos e conclusões do diálogo. A participação foi bastante diversa e contou com falas de profissionais de diferentes formações profissionais e regiões do Brasil.

Temas de Discussão

O debate teve como primeira postagem a opinião de que a Conferência Nacional de Saúde é a tribuna ideal para se apresentar as propostas e do agradecimento do especialista Sábado Nicolau Girardi em nome também da Professora Célia Pierantoni, e da equipe de pesquisadores e colaboradores da pesquisa. Ao longo do dia houve diversas colocações importantes, tais como:

- A sugestão de haver mais Diálogos Online como este, em que os profissionais têm a oportunidade de debater assuntos de interesse coletivo, de forma mais inclusiva e facilitada por ser virtualmente;
- O fato de não ter havido, em nenhum momento do diálogo, desentendimentos entre os participantes, e que, mesmo com opiniões contrárias todos se respeitaram;
- A importância do incentivo ao processo de aprendizagem permanente dos profissionais de saúde;
- A necessidade de fortalecimento das estruturas e equipamentos das UBS, a ampliação do quadro de especialistas voltados à atenção primária; além disso houve muitos agradecimentos pelo convite e oportunidade de participar do Diálogo Online, bem como da satisfação de poder contribuir com a melhoria do SUS e de trocar experiências com diferentes profissionais das mais diversas regiões do país.

Referências

1 Nelson S et al. Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System. Canadian Academy of Health Sciences. Ottawa, Ontario; 2014.

2 Health Professions Regulatory Advisory Council. Review of a Professional Scope of Practice under the Regulated Health Professions Act, 1991. Application Guide. Canadá: HPRAC; 2014.

3 Regan S et al. Legislating interprofessional collaboration: A policy analysis of health professions regulatory legislation in Ontario, Canada. Journal of Interprofessional Care. 2015;29(4). doi: http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.1002907

4 Dower C, Moore J, Langelier M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. Health Aff (Millwood). 2013;32(11):1971-6. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0537

5 Langelier M et al. Expanded scopes of practice for dental hygienists associated with improved oral health outcomes for adults. Health Aff (Millwood). 2016;35(12):2207-2215. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0807

6 Rounds LR, Zych JJ, Mallary LL. The consensus model for regulation of APRNs: implications for nurse practitioners. J Am Assoc Nurse Pract. 2013; 25(4):180-5.

7 Paolini N, Rouse MJ. Scope of contemporary pharmacy practice: Roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians. American Journal of Health-System Pharmacy. 2010;67(12). doi: https://doi.org/10.2146/ajhp100057

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Regulação do Trabalho das Profissões de Saúde

Volume VII

Revisão de literatura sobre escopos de prática dos profissionais de saúde

Março de 2017

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 em Saúde - EPSM

Regulação das Profissões de Saúde

Revisão de Literatura sobre Escopo de Prática dos Profissionais de Saúde

Belo Horizonte
Março de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários

Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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

Equipe da pesquisa

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Lista de Abreviaturas

ADA	American Dental Association
APN	Advanced practice nurses
APRN	Advanced practice registered nurses
ANMAC	Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council
CAPA	Canadian Association of Physician Assistants
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNM	Certified nurse-midwives
CODA	Commission on Dental Accreditation
CPNRE	Canadian Practical Nurse Registration Examination
DA	Dental Assistants
DEA	Drug Enforcement Association
DH	Dental Hygienists
DT	Dental Technician
ECP	Extended Care Permits
EN	Enrolled Nurses
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
GP	General Practitioner
IMS	Instituto de Medicina Social
LPN	Licensed Practical Nurses
NBCRNA	National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists
NCCPA	National Commission on Certification of Physician Assistants
NCLEX	National Council Licensure Examination
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NMBA	Nurses and Midwives Board of Australia
NMC	Nursing and Midwifery Council
NP	Nurse Practitioners
PA	Physicians assistants
PACC	Physician Assistant Certification Council
PANCE	Physician Assistant National Certifying Exam
RCN	Royal College of Nursing
RDA	Registered Dental Assistant
RN	Registered nurses
RPN	Registered Practical Nurse
SDS	School Dental Services
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VET	Vocation Education and Training

Sumário

Apresentação 6
Introdução 7
Objetivos 9
Metodologia 10
Resultados 13
Experiências internacionais de investigação de escopos de prática. 13
Revisão sobre o escopo de prática de profissionais de saúde 17
Equipe de Medicina 17
Equipe de enfermagem 23
Equipe de saúde bucal 39
Referências 51

Apresentação

Esse documento contém uma revisão internacional sobre os métodos e escopos de prática de profissionais de saúde proposto na pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde", realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Este trabalho se insere na Meta II da pesquisa, que visa "identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas dos diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde".

O relatório está dividido em seis partes: introdução, objetivos, metodologia, resultados – que incluem (i) revisão de métodos utilizados para investigar o escopo de prática de profissionais de saúde e (ii) revisão dos escopos de práticas de determinados profissionais de saúde – discussão e conclusão.

Introdução

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) já dura mais de vinte anos e uma das medidas de organização e implementação é o fortalecimento da atenção primária, procurando atender à população de acordo com as realidades locais. O escopo de prática de profissionais de saúde, que atuam na atenção primária é crucial, pois são estes profissionais que atuam na linha de frente do SUS.

A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. O escopo de prática (ou campo de prática) define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz (o que a profissão faz os métodos que ela utiliza e as razões e motivos do seu trabalho). Vários atores e instituições participam da definição do escopo de pratica: Leis de Exercício Profissional, autoridades regulatórias como os Conselhos Profissionais, as Instituições do sistema educacional, governos, empregadores públicos e trabalhos (descrição das atividades dos postos de trabalho) e, no limite, os próprios usuários portadores de necessidades e demandas de saúde.

Numa definição proposta pela Associação de Enfermeiras da Austrália, o escopo de prática de uma profissão corresponde

> "ao amplo espectro de papéis, funções, responsabilidades, atividades e capacidade de tomada de decisão para as quais os indivíduos dentro da profissão são educados, competentes e autorizados a exercer, O escopo de pratica profissional é estabelecido por regulamentações (legislação) - padrões profissionais, tais como padrões de competência, códigos de ética, conduta e prática e demandas, expectativas e necessidades públicas. Ele pode ser, portanto, mais amplo que aquele de qualquer individuo membro da profissão"

Esta distinção entre o escopo de pratica da profissão e de seus membros individuais é de extrema relevância para os processos de revisão de escopos de pratica uma vez que tem como implicação a necessidade de que tais revisões extrapolem as atividades definidas formalmente nas legislações de exercício profissional, nas classificações ocupacionais e nos currículos educacionais e leve em conta, entre outros, os contextos de prática, as politicas e determinações dos empregadores e dos serviços, os níveis de competência e a experiência dos profissionais e as necessidades e demandas concretas dos pacientes. Aqui

também é importante distinguir o que os profissionais estão autorizados a fazer, o que estão preparados e o que realmente fazem, o que depende desse conjunto de atores e instituições.

A maneira como os escopos de prática são estabelecidos e legalmente definidos como campos de atividades exclusivos à profissões específicas de forma pouco flexível ou com maior flexibilidade, menor exclusividade e maior compartilhamento, pode limitar ou, ao contrário, promover maior acessibilidade com menores custos dos serviços de saúde. Dito de outra forma, a regulação dos escopos de prática impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho em saúde e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços.

A escassez de profissionais de saúde, principalmente de médicos, não é novidade em vários países, inclusive no Brasil. A dificuldade de atração e retenção destes profissionais, principalmente em áreas remotas e rurais e nas regiões mais pobres e inseguras, constituem um problema grave de política pública (WHO, 2010).

De forma a lidar com este problema, países como Estados Unidos, Canadá e Austrália e vêm utilizando de forma crescente profissionais com escopos de prática expandidos, como as *Nurse Practitioners* (NPs), as enfermeiras com formação avançada, os *Physician Assistants* (PAs) ou assistentes de médicos e profissionais técnicos e auxiliares com função expandida nas áreas de saúde bucal e em outras áreas da atenção primária. Estes profissionais atuam muitas vezes em áreas desassistidas contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

A regulação dos escopos de prática impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho em saúde e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços. O momento no Brasil impõe a construção de propostas que permitam a estruturação de um sistema regulatório mais flexível, capaz de garantir a integração dos profissionais de saúde e a qualificação daqueles que exercem a prática nos diferentes pontos do país, principalmente naquelas regiões mais remotas, assim como capaz de promover o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde.

As experiências trazidas por alguns países em relação ao exercício profissional em saúde também apontam para a necessidade de revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas no Brasil e das novas, que lutam por reconhecimento. Identificar as atribuições, competências e o escopo de prática das diferentes profissões de saúde,

incluindo aquelas com escopos de prática expandidos, como é o caso dos PAs e das NPs em outros países é crucial para a construção de novas propostas de regulação dos escopos de prática para o Brasil.

Neste contexto esta revisão visa investigar os principais métodos de revisão de escopos de prática, além de levantar informações existentes sobre os profissionais de saúde com funções expandidas em outros países a fim de subsidiar a discussão de sua aplicabilidade no Brasil.

Objetivos

1. Levantar experiências internacionais de investigação de escopos de prática de profissões de saúde.

2. Realizar revisão de literatura dos escopos de prática de novas profissões e ou profissões já existentes – sendo estas estratégicas para a atenção primária em saúde, contribuindo para o alivio de situações de escassez e para o enfrentamento de necessidades de saúde e atenção emergentes.

Metodologia

Estudos de escopo têm o objetivo de mapear rapidamente na literatura a área de interesse para avaliar a extensão e a natureza de pesquisas prévias no assunto. Arksey (2005) e colaboradores propuseram uma sequência de etapas para desenvolver estudos de escopo, as quais foram aplicadas neste documento: (i) formular a pergunta do estudo (ii) identificar os estudos (iii) selecionar os estudos (iv) coletar os dados e (5) sumarizar, interpretar e reportar os resultados (ARKSEY, 2005).

Para alcançar os objetivos propostos a principal fonte de informação constituiu-se da literatura cinzenta, definida como aquela produzida no âmbito governamental, acadêmico, industrial ou comercial em formato impresso ou eletrônico e cuja publicação não é controlada[1]. Este tipo de literatura inclui relatórios, guias, protocolos, dentre outros. Estes documentos foram obtidos por meio de busca nos *websites* das agências relacionadas à regulação do trabalho, conselhos profissionais e associações profissionais do Canadá, Estados Unidos e Austrália.

Complementarmente foi feita busca por artigos científicos em bases de dados eletrônicas (Tabela 1). A pergunta norteadora da busca foi: qual o escopo das profissões de saúde vigentes no âmbito internacional utilizadas para aliviar situações de escassez? Mais especificamente, dos assistentes de médicos, enfermeiras com formação avançada e equipe de saúde bucal.

Foram considerados elegíveis documentos provenientes da literatura cinzenta que abordassem o escopo de prática de qualquer uma das seguintes profissões no âmbito da atenção primária: *Physicians assistants, clinical nurse specialist, registered nurse, licensed practical nurse, nurse practitioners, dental technicians, denturists, dental assistants ou dental hygienist.* Além disso, considerou-se artigos científicos completos publicados entre 2005 e 2015. Foram excluídos estudos que avaliavam estas profissões em contexto de avaliação de viabilidade.

[1] www.greylit.org/about

Tabela 1. **Busca Bibliográfica realizada em 26/05/2015**

Bases	Estratégia de Busca	Artigos (nº)
Medline (via Pubmed)	(((((("Physician Assistants"[Mesh]) OR Physician Assistants)) OR ((((clinical nurse specialist) OR registered nurse) OR advanced nurse) OR (((((Licensed Practical Nurses) OR "Licensed Practical Nurses"[Mesh]) OR (("Nurse Practitioners"[Mesh]) OR Nurse Practitioners))))))) OR (((((((("Denturists"[Mesh]) OR Denturists) OR "Dental Technicians"[Mesh]) OR Dental Technicians) OR "Dental Hygienists"[Mesh]) OR Dental Hygienists) OR "Dental Assistants"[Mesh]) OR Dental Assistants) AND scope of practice[Title/Abstract]	715
The Cochrane Library	MeSH descriptor: [Physician Assistants] explode all trees OR "Physician Assistants" OR MeSH descriptor: [Nurse Practitioners] explode all trees OR Nurse Practitioners OR MeSH descriptor: [Licensed Practical Nurses] explode all trees OR "Licensed Practical Nurses" OR "clinical nurse specialist" OR "registered nurse" OR "advanced nurse" OR MeSH descriptor: [Denturists] explode all trees OR MeSH descriptor: [Dental Technicians] explode all trees OR MeSH descriptor: [Dental Assistants] explode all trees OR MeSH descriptor: [Dental Hygienists] explode all trees OR Denturists or "Dental Technicians" or "Dental Assistants" or "Dental Hygienists" AND "scope of practice"	177

Os resultados da busca eletrônica nas bases de dados foram agrupados em um gerenciador de referências e, em seguida, aplicados os critérios de elegibilidade para os títulos e resumos, restando 117 estudos para a leitura completa, dos quais 19 foram incluídos (Figura 1). A relação dos artigos completos incluídos foi apresentada na Tabela 2.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos científicos

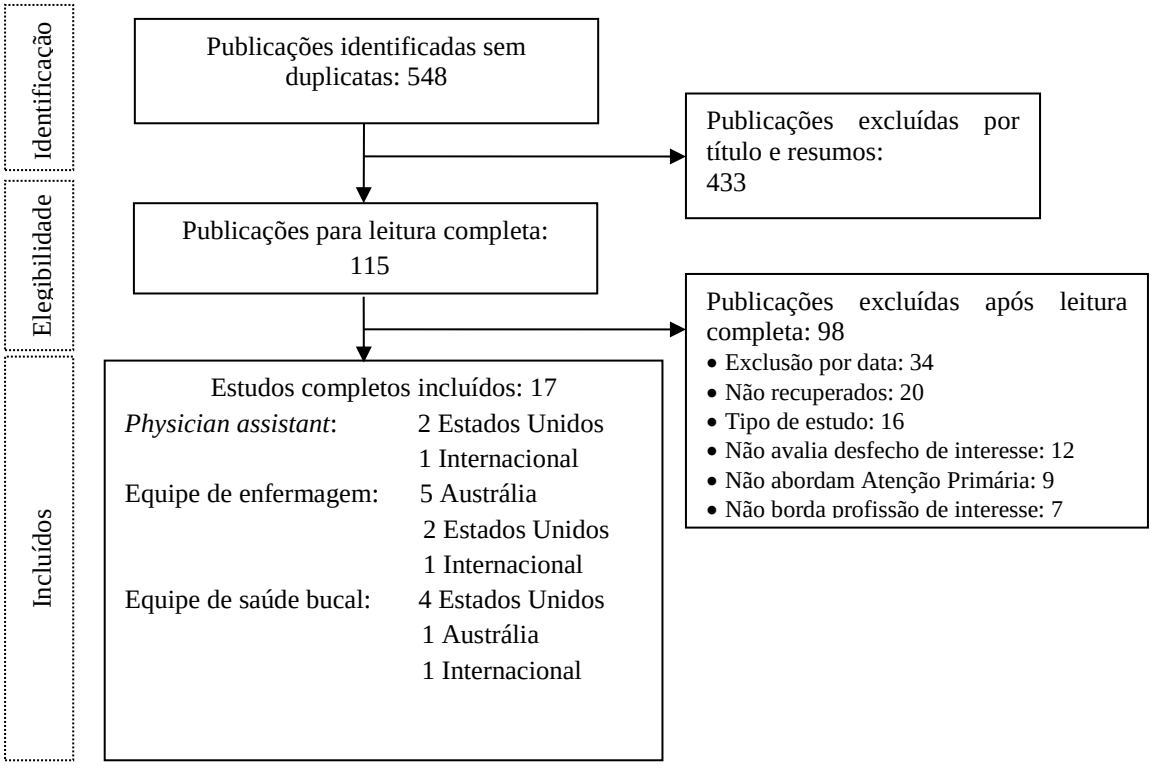


Tabela 2. Relação de artigos incluídos por tipo de profissional avaliado

Profissional	País	Autor	Ano
Physician assistant e Nurse practitioner	Estados Unidos	Coldiron e Ratnarathorn	2014
Physician assistant	Estados Unidos	Wiler; Ginde	2015
Physician assistant	Internacional	Merkle *et al.*	2011
Nurse practitioner	Austrália	Nankervis; Kenny; Bish	2008
Nurse practitioner	Austrália	Dunn *et al.*	2010
Nurse practitioner	Estados Unidos	Phillippi; Barger	2015
Nurse practitioner	Estados Unidos	Shilling; Hodnicki	2013
Nurse practitioner	Internacional	Pulcini *et al.*	2010
Registered nurse e enrolled nurse	Austrália	Halcomb *et al.*	2014
Enrolled nurse	Austrália	Fernandez *et al.*	2008
Enrolled nurse	Austrália	McEwan	2008
Dental hyginists	Estados Unidos	Gibson-Howell; Hicks	2010
Dental hyginists	Estados Unidos	Myers *et al.*	2014
Dental hyginists e Dental therapist	Estados Unidos	Summerfelt	2011
Dental hyginists	Internacional	Johnson	2009
Dental therapist	Austrália	Satur *et al.*	2009
Dental hyginists e dental assistants	Estados Unidos	Post; Stoltenberg	2014

Resultados

Experiências internacionais de investigação de escopos de prática.

Foram revisados os métodos de instituições que realizaram pesquisa de escopo com gestores, usuários e profissionais de saúde, totalizando seis relatórios. Além disso, foram descritas algumas experiências de investigação de escopo de prática, a partir dos 19 artigos incluídos na busca bibliográfica (Tabela 2). Os dois artigos sobre a percepção dos gestores foram captados por busca manual.

Gestores

Dois estudos avaliaram a percepção dos gestores quanto ao escopo de prática de profissionais (BEGLEY *et al.*,2014; BUCHAN, 2013). Um deles utilizou abordagem qualitativa de entrevista face a face ou por telefone com gestores do departamento de saúde ou instituição com papel relevante para o impacto das ações dos profissionais estudados - como conselho e associações de classe. A duração média da entrevista foi de 40 minutos. Um roteiro estruturado em seis partes foi aplicado, contendo a percepção do gestor quanto à profissão; escopo clínico; liderança de pessoal; liderança clínica; pesquisa e implicações financeiras do escopo destes profissionais (BEGLEY *et al.*,2014).

O outro estudo foi realizado com gestores dos centros de saúde, já que estes poderiam avaliar a relevância e a viabilidade da expansão de atividades do grupo estudado. Um questionário contendo 10 frases com opções de resposta segundo a escala de Likert e duas questões abertas foi enviado por e-mail. As frases avaliavam a intensidade em que os gestores concordavam com questões sobre regulação, necessidade e aviabilidade da expansão de escopo dos profissionais. As questões abertas perguntavam sobre as possíveis áreas para esta expansão e sobre a prescrição de medicamentos. Uma taxa de resposta de 32% foi alcançada (BUCHAN, 2013).

Usuário

Um estudo foi realizado com o usuário, na Austrália (HEALTH WORKFORCE AUSTRÁLIA, 2012). Ele utilizou questionário auto-aplicável, aplicado por meio eletrônico.

Neste estudo o questionário foi construído após realização de seis grupos focais e 27 entrevistas em profundidade, além de discussão com informantes-chave e financiadores da pesquisa. O questionário incluiu perguntas predominantemente abertas e para aumentar a qualidade da resposta foi incluída uma pergunta teste inicial na qual os usuários eram encorajados a digitar entre 50 a 100 palavras. Um estudo piloto foi feito para testar o instrumento e em seguida a divulgação da pesquisa para recrutamento de participantes aconteceu por anúncios na internet, meio impresso e pela televisão (HEALTH WORKFORCE AUSTRÁLIA, 2012). A pesquisa investigou a expectativa do usuário quanto ao prescritor médico; o conhecimento do usuário e sua percepção sobre a prescrição de medicamentos por outros profissionais de saúde, como o farmacêutico e fisioterapeuta; atitudes do usuário em cenários diferentes de saúde e de disponibilidade de profissionais; e o apoio do usuário para que outros profissionais pudessem prescrever medicamentos (HEALTH WORKFORCE AUSTRÁLIA, 2012).

Profissionais

Foram incluídos quatro relatórios que avaliaram o escopo de prática de profissionais de saúde. Todos eles por meio de entrevista com o profissional de interesse (SLADE; BUSING, 2002; BALL, 2005; NPS, 2007; The Physicians Foundation, 2014). Duas destas pesquisas são periódicas: A *National Physician Survey* (NPS) é realizada no Canadá desde 2004, sendo aplicada neste ano e em 2007, 2010, 2012, 2013 e 2014; Já a *Physicians Foundation* realiza pesquisa nacional nos Estados Unidos a cada dois anos para caracterizar o perfil da profissão médica neste país.

Os estudos foram feitos com amostra estratificada por região (BALL, 2005; SLADE; BUSING, 2002) ou universo de profissionais obtidos nas bases de dados do Conselho/Associação de Classe (The Physicians Foundation, 2014). Ou ainda, por todos os estudantes, residentes e profissionais da categoria (NPS, 2007).

A elaboração do questionário foi feita por meio de informantes-chave, entrevista com especialistas (BALL, 2005; NPS, 2007), revisão de literatura e análise da resposta dos indivíduos em pesquisas prévias (BALL, 2005; NPS, 2007; SLADE; BUSING, 2002), sendo que uma das pesquisas formou um comitê para elaboração do questionário, cujo tempo de desenvolvimento até a conclusão do questionário foi de cinco meses (SLADE; BUSING, 2002).

A realização de teste piloto foi relatada em dois estudos (BALL, 2005; SLADE; BUSING, 2002) e o tempo de resposta médio foi de 40 min (BALL, 2005).

Os questionários foram enviados por meio postal (BALL, 2005; SLADE; BUSING, 2002) ou por meio eletrônico (NPS, 2007; The Physicians Foundation, 2014). Os estudos que enviaram um ou mais lembretes após o convite inicial foram os que obtiveram maiores taxas de resposta: 62% (BALL, 2005) e 58.4% (SLADE; BUSING, 2002), comparado a 3% (The Physicians Foundation, 2014) e 30% (NPS, 2007). Apenas uma pesquisa avaliou as características dos indivíduos respondentes comparada às características dos não respondentes (BALL, 2005).

O conteúdo dos questionários variou, mas as seguintes dimensões foram avaliadas por pelo menos um deles: Características sociodemográficas; formação e qualificação; experiência prévia; âmbito de trabalho; papel do profissional; divisão de seu tempo; atividades desempenhadas; relação entre atividades; prescrição de medicamentos; autonomia e trabalho em equipe; cuidado prestado ao paciente; acesso do paciente e encaminhamento; evolução/mudanças na prática clínica; benefícios para os pacientes; satisfação com o trabalho; recursos utilizados; dentre outros (BALL, 2005; NPS, 2007; The Physicians Foundation, 2014).

Com relação aos métodos utilizados pelos dezenove artigos incluídos, a maioria deles (10) utilizou questionários auto-aplicáveis (FERNANDEZ *et al*., 2008; HALCOMB *et al*., 2014; SHILLING; HODNICKI, 2013; JOHNSON, 2009; POST; STOLTENBERG, 2014; MYERS *et al*., 2014; SATUR *et al.*, 2009; DUNN *et al*., 2010) e apenas um deles realizou grupo focal para saber opiniões, atitudes e percepções acerca do escopo de prática dos profissionais pesquisados (NANKERVIS; KENNY; BISH, 2008).

Em três estudos um pré-teste foi realizado antes da distribuição dos questionários para que fossem validados os instrumentos (MYERS *et al.*, 2014, SATUR *et al.*, 2009, PULCINI *et al*., 2010). Um estudo utilizou também fórum de discussão em conferência internacional para revisar o questionário antes de divulgar amplamente para os atores que constituíram a amostra da pesquisa (PULCINI *et al*., 2010). Outros dois estudos (SHILLING; HODNICKI, 2013, PULCINI *et al*., 2010) desenvolveram estudo-piloto utilizando ferramenta *online*. Esta foi adaptada de outra pesquisa e revisada por alguns profissionais locais.

O recrutamento de participantes foi feito por meio de convite aos profissionais registrados nos Conselhos ou Associações, tanto local (SHILLING; HODNICKI, 2013; MYERS *et al.*,2014; SATUR *et al.* , 2009; POST; STOLTENBERG, 2014; HALCOMB *et al*., 2014; HORROCKS; ANDERSON; SALISBURY, 2002) quanto da rede internacional, como no estudo de Johnson (2009) e Pulcini *et al*. (2010). A divulgação foi feita, também, via *website* e publicações relacionados a estes profissionais (SHILLING; HODNICKI, 2013, HALCOMB *et al*. 2014). Houve ainda divulgação por meio de folhetos publicitários colocados em centros de saúde em um estudo na área rural nos quais os profissionais interessados entraram em contato com os pesquisadores (NANKERVIS; KENNY; BISH, 2008). Em outro estudo foram nomeados representantes locais para distribuir e coletar as respostas dos questionários aos profissionais em locais pré-determinados do município de pesquisa (FERNANDEZ *et al*., 2008). Para os outros quatro estudos (HALCOMB *et al*., 2014; SHILLING, 2013; PULCINI *et al.,* 2010; DUNN *et al.,* 2010) os questionários foram aplicados *online*.

Quanto ao critério de seleção, Myers *et al*. 2014 excluiu da amostra aqueles que não atuavam mais na prática, não praticavam no estado estudado ou ocupavam mais de 50% do seu tempo em outro estado (MYERS *et al.,* 2014). Já Satur *et al*. (2009) incluiu apenas aqueles profissionais que atuaram entre 2000 e 2006 fora da *School Dental Services* (SATUR *et al.,* 2009).

Foram enviados lembretes, após algum tempo, para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, mas não responderam ao questionário (FERNANDEZ *et al*., 2008; POST; STOLTENBERG, 2014; MYERS 2014; SATUR *et al*., 2009; HALCOMB *et al*., 2014). Apenas dois estudos relataram o prazo dado para resposta, de quatro (MYERS *et al*., 2014) e 12 semanas (SATUR *et al.,* 2009).

Três estudos realizaram revisão de literatura utilizando um amplo número de bases de dados internacionais da área da saúde (MCEWAN, 2008; PHILLIPPI; BARGER, 2015; MERKLE *et al*., 2011). Além disso, foram consultados documentos, artigos e reportagens publicados em *websites* de Conselhos, Associações e Centros de formações profissionais, relacionados aos descritores das pesquisas (MCEWAN, 2008; PHILLIPPI; BARGER, 2015). Um deles (PHILLIPPI; BARGER, 2015) acrescentou, ainda, a revisão das competências legais dos profissionais e de documentos não digitalizados, conseguidos *in locu* com os Conselhos profissionais.

Um estudo revisou tópicos relacionados à legislação de todos os estados do país pesquisado através, exclusivamente, de *websites* governamentais e dos conselhos profissionais (WILER; GINDE, 2015) e o outro não detalhou quais os mecanismos de busca para efetuar sua revisão de literatura (GIBSON-HOWELL, 2009).

Dois estudos utilizaram métodos destoantes dos demais. Coldiron e Ratnarathorn (2014) utilizaram base de dados administrativa de registros de pagamento do *Medicare* para avaliar quais eram os procedimentos reembolsados para PA e *Nurse Practitioners* (NP) solicitados de maneira independente de supervisão médica. Utilizou como ponto de corte para inclusão dos procedimentos aqueles que haviam sido solicitados mais de 5000 vezes. Assim, foi possível avaliar qual o perfil de procedimentos realizados na prática clínica de ambos os profissionais. Já Summerfelt (2011) abordou a ampliação de escopo de prática para profissionais de áreas remotas, descrevendo a utilização de um novo recurso, denominado "Tele-odontologia".

Revisão sobre o escopo de prática de profissionais de saúde

Equipe de Medicina

Physicians assistants (PA)

Os *Physicians assistants* (PA) são profissionais de saúde que prestam serviços clínico-cirúrgicos para diversos grupos de pacientes em ambientes rurais e urbanos. Estes praticam a medicina sob a supervisão de médicos, os quais determinam seu escopo de prática segundo as competências, habilidades e experiência destes e em acordo com as legislações vigentes. Enquanto nos Estados Unidos e na Austrália estes são conhecidos apenas como PA, no Canadá são também conhecidos como *Clinical Assistants*.

Os PA surgiram nos Estados Unidos a partir de uma convergência de eventos que incluíram o declínio de médicos generalistas, a ascensão da especialização médica, além da escassez de médicos, em geral. Alguns argumentam que a criação do PA teve mais a ver com retorno de militares da guerra do Vietnã, e que os PA são veteranos militares que a partir de habilidades adquiridas durante a guerra se tornaram profissionais de saúde. O fato

é que, os anos que seguiram a Segunda Guerra Mundial, trouxeram várias mudanças na medicina Americana que afetaram diretamente o tamanho e a configuração da força de trabalho médica no país. Particularmente nas décadas de 1950 e 1960 iniciou-se um movimento conhecidos como a criação de "novas profissões de saúde" e a proposta do conceito de PA (CAWLEY; CAWTHON; HOOKER, 2012).

O relatório de 2014 da *National Commission on Certification of Physician Assistants* (NCCPA) dos Estados Unidos mostrou 101.977 PA certificados, sendo o maior número observado em Nova Iorque (10.274), seguido da Califórnia (8.180). Os Estados com maior concentração de PA por 100.000 habitantes foram o Alaska e Dakota do Sul. Na atenção primária (que inclui medicina de família com e sem atendimento de urgência, pediatria e medicina interna geral) trabalhavam 26,6% dos PA e a principal área de atuação foi a medicina da família/generalista (19,7%).

A introdução dos PA no Canadá começou nas Forças Armadas há cerca de 50 anos, mas somente há 15 foram introduzidos no sistema de saúde pública, em Manitoba. Há oito anos a profissão chegou em Ontario, há quatro em New Brunswick e, mais recentemente, em Alberta. Atualmente os PA das Forças Armadas exercem a profissão em bases militares de todas as províncias do Canadá. Cerca de 400 PA trabalham em instituições de saúde, dos quais cerca de 250 estão concentrados em Ontario. A segunda província que detém maior força de trabalho dos PA é Manitoba. As outras províncias estão introduzindo estes profissionais gradativamente.

Na Austrália os PA surgiram a partir da qualificação de profissionais de saúde já existentes, que possuíam vasta experiência clínica e amplo conhecimento sobre o cenário de saúde do país, em resposta à escassez de profissionais da saúde no país, principalmente em áreas rurais e remotas. Hoje há cerca de 35 PA graduados na Austrália e um número não identificado de estrangeiros que não são capazes de atuar como PA, mas estão trabalhando no país como enfermeiros ou paramédicos, acadêmicos de medicina, ou não trabalham na área da saúde.

A Tabela 2 faz uma comparação entre os países estudados no que diz respeito à formação, remuneração, licenciamento, escopo de prática e atividades.

Regulação e escopo de prática

Nos Estados Unidos os principais procedimentos realizados pelos PA incluem: prescrições (82%), cuidados intensivos/agudos (80%), cuidado de doenças crônicas (64%), acompanhamento de pacientes (63%), coordenação (58%), consultas clínicas (55%) e procedimentos cirúrgicos menores (52%). Com relação à satisfação com a profissão, 86% das PA relatam que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com seus postos de trabalho, em comparação com 39% dos médicos (AAPA ANNUAL SURVEY REPORT, 2013).

Um estudo americano utilizando dados de 2012, do *Medicare*, avaliou quais eram os procedimentos reembolsados para PA e *Nurse Practitioners* (NP) que haviam sido solicitados de maneira independente de supervisão médica. A maior parte dos procedimentos realizados se referia à área de dermatologia (54,8%), sendo os mais comuns a crioterapia, retirada de lesões pré-malignas e malignas e a biópsia de lesões na pele. Reembolso por solicitação de exames e diagnósticos de imagem também se destacaram. Os autores ressaltam que o treinamento de PA e NP para execução de alguns desses procedimentos é insuficiente comparado ao de um *General practitioner* – GP, e que a diferença na regulação dessas profissões entre estados dos Estados Unidos pode contribuir para que procedimentos que deveriam ser feitos por GP estejam sendo efetuados por NP e PA de forma independente (COLDIRON; RATNARATHORN, 2014).

Uma revisão da legislação de todos os estados dos Estados Unidos mostrou que em todo o território o escopo dos PA é definido pelo ambiente de trabalho de seu supervisor e em alguns estados é necessário que os Conselhos aprovem a supervisão médica[2] (Wiler; Ginde , 2015). A restrição de efetuar procedimentos cirúrgicos era mais comum em estados mais populosos, constituídos por maior densidade de população urbana e com menor taxa de PA/habitante. Quase metade dos estados (47%) prevê expansão do escopo de prática provisória em casos emergenciais ou desastres, sendo mais comum em estados mais populosos (62%). Quanto à prescrição, apenas em dois estados (Florida e Kentuckya) os PA não são autorizados a prescrever medicamentos, sendo que na maioria dos estados os PA podem ainda prescrever medicamentos controlados. Em Delaware e no Texas a prescrição de narcóticos deve ser conferida pelo médico supervisor.

[2] http://www.hprac.org/en/projects/resources/JurisdictionalReview_RegulationofPhysicianAssistantsundertheRHPA.pdf

Em Nova Iorque, estado com maior número de PA, a regulamentação da profissão consta no artigo 37 da lei de Saúde Pública[3], no artigo 131-B da Lei de Educação e em regulações adicionais do *Office of Professional Medical Conduct*, que regula a profissão médica, dos PA e dos *specialist assistants*. Em ambiente hospitalar os PA podem emitir ordens médicas, inclusive de medicamentos controlados e a assinatura do médico supervisor poderá ser necessária para endossar alguns procedimentos.

A prescrição de medicamentos é restrita à relação de medicamentos autorizada pelo médico supervisor especificada em protocolos ou formulários, contendo os critérios para a utilização de um medicamento ou dispositivo médico e quaisquer contraindicações para seu uso. Para substâncias controladas estes protocolos devem abordar o diagnóstico da doença e as condições nas quais o medicamento deve ser prescrito ou fornecido, sendo que para alguns casos é preciso que o PA tenha realizado cursos específicos aprovados pelo Conselho, além da exigência de seu registro na *Drug Enforcement Administration.*

Neste estado, os PA estão proibidos de executar determinadas tarefas específicas de outros profissionais de saúde, como a prática de tecnologia radiológica e optometria.

No Canadá a profissão é regulamentada nas províncias de Manitoba e New Brunswick pelo *College of Physicians and Surgeons*. Em Alberta e Ontário os PA ainda não são regulamentados, mas têm permissão para exercer a profissão sob delegação de médicos. A *Canadian Association of Physician Assistants* visa à regulamentação e registro destes profissionais em todas as províncias.

A jurisdição de sua província também é considerada para se estabelecer o escopo dos profissionais. Este escopo deve ser formalmente descrito em contrato ou em acordo assinado pelo médico supervisor, o PA e o local de trabalho.

Na Austrália os PA têm autonomia para tomadas de decisão dentro de seus meios de atuação, definidos junto ao médico supervisor. No entanto, existem alguns subsídios que o governo oferece, em medicamentos, que só serão dados caso a prescrição seja assinada por um médico registrado. Outra limitação com relação à prescrição, na Austrália, é o fato de os PA não poderem prescrever medicamentos especializados. Neste caso, somente o especialista pode assinar a prescrição. A prática do PA pode incluir a educação, a pesquisa e os serviços administrativos.

[3] http://public.leginfo.state.ny.us/lawssrch.cgi?NVLWO:

Tabela 3. Comparação entre os países estudados quanto à formação, remuneração, licenciamento, atividades e escopo de prática dos *Physicians Assistants*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Formação	Mestrado de um programa institucional credenciado, de 2 anos de duração em tempo integral. A maioria dos programas exige de dois a quatro anos de ensino universitário com foco em ciências como pré-requisito de entrada. Os programas de PA incluem rodízios em áreas clínicas de medicina interna, medicina da família, obstetrícia e ginecologia, pediatria, cirurgia geral, medicina de emergência e psiquiatria. Antes de se formar os PA completam mais de 2.000 horas de prática clínica supervisionada e não são obrigados a fazer estágio ou residência.	O Canadá tem atualmente quatro programas de treinamentos para PA, todos com 2 anos de duração. Cada um tem diferentes pré-requisitos para entrada, mas a exigência mínima para o acadêmico é de dois anos de uma graduação. Atualmente, existem quatro programas de formação de PA credenciados pelo *Canadian Medical Association Conjoint Accreditation*. Os programas duram cerca de dois anos, sendo no primeiro atividades teóricas e no segundo atividades práticas em todas as especialidades.	O modelo da University of Queensland forma PA após curso intensivo de mestrado de 2 anos. Atualmente somente a *James Cook University's Bachelor of Science* está oferecendo este curso, que necessita de experiência clínica prévia como pré-requisito pra ingresso. O foco educacional da formação de PA é a atenção primária em saúde, mas todas as especialidades também são abordadas durante o curso.
Licenciamento	Obtido por meio de um exame nacional, o *Physician Assistant National Certifying Exam* (PANCE). A cada dois anos, é preciso cumprir 100 horas de educação continuada e a cada 10 se submeter ao exame de recertificação.	A *Canadian Association of Physician Assistants* (CAPA) supervisiona uma certificação nacional através do *Physician Assistant Certification Council* (PACC). Todos os PA devem se inscrever no exame de certificação da CAPA antes da formatura.	Os PA, depois de formados, devem registrar-se no *Australian Medical Council*. Ainda não existe um programa de educação continuada e exame de certificação no país.
Escopo de prática	É definido pela sua formação, experiência, lei estadual do local de exercício e pela delegação do médico supervisor. As leis estaduais permitem que aos médicos um amplo espectro de delegação. O número de PA sob a supervisão de um médico pode ou não ser regulado. Quando regulado, varia de 2 a 7.	Apesar da exigência de exames de certificação os PA ainda não são profissionais regulamentados. O supervisor do PA determinará quais tarefas serão delegadas e sob qual tipo de supervisão segundo a jurisdição de sua província.	PA exercem a medicina sob a supervisão de um médico (geralmente indireta). Estes são responsáveis por determinar seu escopo de prática, podendo ampliá-lo sempre que julgar necessário.

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Atividades	Avaliar o histórico médico dos pacientes Realizar exames físicos; Solicitar, transmitir a ordem ou executar e interpretar testes de diagnóstico (raio-X ou exames de sangue); Diagnosticar lesões e doenças; Tratar os pacientes; Orientar e educar pacientes e familiares sobre o uso de medicamentos, dietas, hábitos saudáveis; Registrar o progresso do paciente Pesquisar tratamentos mais recentes para garantir a qualidade da assistência ao paciente; Conduzir ou participar de programas de controle e promoção à saúde; Prestar serviços aos pacientes que necessitam de cuidados contínuos, incluindo visitas domiciliares; Prescrever medicamento (PA podem prescrever em todos os Estados e a prescrição e medicamentos controlados são autorizados em quase todos os Estados sob-registro do PA na *Drug Enforcement Administration)*	Realizar entrevistas com pacientes; Coletar histórico médico; Realizar exame físico; Realizar diagnósticos e tratamentos selecionados; Realizar aconselhamento sobre os cuidados preventivos de saúde.	Realizar exame físico no paciente; Solicitar e interpretar exames laboratoriais e de imagem; Realizar diagnóstico e tratamento; Prescrever; Formular planos de cuidado e avaliação de pacientes; Auxiliar em cirurgias e realizar procedimentos cirúrgicos menores quando necessários; Encaminhar a especialistas; Delegar tarefas a outros profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, paramédicos, etc).
Remuneração	USD 90.000/ ano	CAD 76.207/ano	Não encontrado
Fontes	*Bureau of Labour Statistics* (2015) *American college of physician* (2015) *Office of Diversion Control* (2015) *American Academy of Physician Assistants* (2015)	*Michael Smith Foundation for Health Research* (2015) *Healthcare Salaries* (2015)	*Australia Society of Physician Assistants (2015).*

Equipe de enfermagem

Diversos tipos de profissionais fazem parte da equipe de enfermagem. Uma lista deles e uma definição geral pode ser consultada no Quadro 1. Em seguida, cada um dos profissionais de interesse desta revisão é abordado de forma mais detalhada.

Quadro 1. Descrição resumida dos profissionais da equipe de enfermagem incluídas no estudo

Denominação profissional (sinônimos)	Descrição
Licensed Practical Nurses *(Licensed vocational nurses; registered practical nurse; enrolled nurses; division 2 nurse; state enrolled nurses)*	Profissional de saúde que não possui título profissional ou credenciais, mas concluiu treinamento e está licenciado para prestar assistência ao paciente de rotina sob a direção de enfermeiros e médicos registrados.
Registered nurse *(Nurse; registered general nurse).*	Profissionais qualificados por ensino universitário superior em instituição credenciada e aprovados em exame nacional de licenciamento para a prática de enfermagem.
Nurse Practitioners *(Advanced practice registered nurses; Advanced nurse practitioners; Acute care nurses)*	Enfermeiros especialmente treinados para assumir um papel mais amplo na prestação de cuidados médicos em áreas específicas, sob a supervisão destes ou de forma independente, dependendo da legislação local. Nesta posição podem fornecer o cuidado direto ao paciente e assumir funções de pesquisa, ensino e gestão. Exemplos: *Nurse anesthetists, nurse midwives e nurse practitioners, clinical nurse specialist, specialized nurse practitioners, nurse consultants and matrons*

Fonte: Medical Subject Headings; Dussault, 2015; DiCenso *et al.*, 2010

Licensed Practical Nurses (LPN)

Profissional de saúde que não possui título profissional ou credenciais, mas concluiu treinamento e está licenciado para prestar assistência ao paciente de rotina sob a supervisão de enfermeiros e médicos registrados. Profissões equivalentes fora dos Estados Unidos são *Registered Practical Nurse* (RPN) na província canadense de Ontário e *Enrolled Nurses* (EN) ou *Division 2 nurses* na Austrália. Na Austrália, exceto o estado de Victoria, todos os demais mantem registro separado de *enrolled nurses* e *registered nurses*. Em Victoria, todos eles são considerados como *Division 2*, o equivalente a *enrolled nurses* nos outros estados (MCEWAN, 2008). Nos Estados Unidos havia 719.900 postos de trabalho ocupados por estes profissionais até 2014[4]. No mesmo ano no Canadá eram 88.211 profissionais, dos quais a maioria atuava em

Ontario (37,2%)[5]. Até setembro de 2015 havia 60.892 *Enrolled nurses* registradas no *Nursing and Midwifery Board* da Austrália, além de 5.571 profissionais que continham registro também para *Registered Nurse*[6].

A Tabela 4 faz uma comparação entre os países estudados no que diz respeito à formação, remuneração, licenciamento, escopo de prática e atividades. A formação destes profissionais pode variar de ano a três anos e em todos os países avaliados é necessário se registrar junto ao Conselho. Na Austrália, os EN podem melhorar suas competências e qualificações por meio de outros cursos em áreas avançadas, como cuidados intensivos, cuidados paliativos e saúde mental.

Sobre a delegação de tarefas, uma diretriz da *Australian Nursing and Midwifery Federation* estabelece que o ato de aceitar uma tarefa delegada implica em se considerar apto para realizá-la, sendo de responsabilidade dos EN informar ao *registered nurse* quando não se considerar apto[7]. Além disso, as tarefas delegadas não podem ser delegadas por estes profissionais a outrem. Os enfermeiros supervisores podem delegar quaisquer tarefas das quais julgue que seus assistentes podem executar, exceto aquelas proibidas por atos privativos.

Os únicos estudos encontrados sobre estes profissionais foram realizados na Austrália. Neste país, os EN podem administrar medicamentos autorizados pelas autoridades de cada território desde que tenham feito curso para isso e sejam cadastradas registradas no Conselho Profissional. Além disso, para administrar medicamentos por via intravenosa é necessário ter feito um curso específico e por isso nem todos aos EN podem administrar medicamentos por esta via[6]. Os estudos incluídos são detalhados a seguir:

Uma revisão de literatura que aborda a administração de medicamentos por EN confirmou que existe variação entre as jurisdições, unidades de saúde e na prática profissional e que, apesar da existência de políticas e de protocolos clínicos, existe pouca evidência sobre a aplicabilidade destes documentos e seu impacto na prática clínica. A variação na legislação entre os estados afeta a mobilidade profissional, sendo

[4]http://www.bls.gov/ooh/healthcare/licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm
[5]https://www.cihi.ca/en/quick-stats
[6]http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/About/Statistics.aspx
[7]http://anmf.org.au/pages/professional-guidelines
[6] http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/FAQ/Enrolled-nurses-and-medicine-administration.aspx

que cursos reconhecidos em um território para a obtenção da autorização para administrar medicamentos podem não ser aceitos em outro estado. Além disso, existem variações importantes nos grupos de medicamentos e vias de administração autorizadas em cada local (MCEWAN, 2008).

Um estudo qualitativo desenvolvido em áreas rurais deste país revelou que EN desenvolvem atividades de escopo expandido, sem reconhecimento formal de sua atividade. Eles citaram desenvolver atividades de controle de infecção, saúde ocupacional, cuidado de feridas, atividades de coordenação, dentre outros. As áreas mais citadas para a expansão do escopo de EN foram administração de medicamentos e cuidado de feridas. Além disso, aspectos como EN prestarem melhor cuidado ao paciente; preocupação quanto à expansão de escopo resultar em sobrecarga de trabalho; ambiguidade e falta de definição de escopos de EN e *registered nuses*; e insatisfação quanto a profissionais menos qualificados desempenharem o mesmo escopo tanto de RN quanto de EN também foram identificados (NANKERVIS; KENNY; BISH, 2008).

Outro estudo avaliou a visão de enfermeiros e enfermeiros gerentes de unidades quanto à prescrição de medicamentos por EN em unidades da região metropolitana e não metropolitana de Sidney. A maioria dos enfermeiros não apoiava a administração de medicamentos por EN, enquanto o oposto foi observado para os gerentes de unidade. Quanto à via de administração de medicamentos, houve diferença entre as percepções de RN da zona metropolitana e não metropolitana para medicamentos injetáveis, sendo o apoio ao EN maior na região metropolitana. Maior proporção de RN da região metropolitana solicitava administração de medicamentos que necessitam de avaliação farmacêutica (S3 medicines) e de prescrição médica (S4 medicines) aos EN (FERNANDEZ *et al*., 2008).

Tabela 4. Comparação entre os países estudados quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de pratica e atividades dos *Licensed Practical Nurses*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Sinônimo	*Licensed Vocational Nurses*	*Registered practical nurse*	*Division 2 nurses, enrolled nurses*
Formação	É necessário realizar um programa educacional aprovado pelo governo que, em geral, têm duração de um ano, mas pode levar mais tempo. São comumente encontrados em escolas técnicas e *community colleges** (instituições de ensino superior de dois anos), embora estejam também disponíveis em algumas escolas de nível secundário e hospitais	É necessário realizar um *College program* de 2 a 3 anos de duração. Atualmente todas as províncias canadenses têm estes programas de ensino.	Nível mínimo de estudo é o Diploma de Enfermagem. O curso é ministrado por meio *Vocation Education and Training* (VET) *sector* do estado. O curso tem 1018 horas, que usualmente são completadas em um ano. Algumas organizações privadas (Registered Training Organisations) também podem oferecer esta formação. Outra forma de obter o registro é por meio do diploma em Enfermagem, do *Health Training Package*, que tem duração de 1.400 horas/ 1 ano e meio.
Licenciamento	Após conclusão do programa educacional podem realizar o *National Council Licensure Examination* (NCLEX-PN). Somente após aprovação neste exame é que têm permissão para começarem a trabalhar. Estes profissionais podem optar, posteriormente, por tornarem-se certificados por meio de associações profissionais em áreas específicas. Estas certificações mostram que um LPN ou LVN tem um nível avançado de conhecimento em determinado assunto.	Após o término do curso o profissional deve realizar o *Canadian Practical Nurse Registration Examination* (CPNRE). Além disso, deve ser aprovado, também, no teste de jurisprudência de sua província, que tem validade de 5 anos e deve ser feito antes da certificação.	Depois de se formar a partir de um curso aprovado, um pedido de registo é feito no *Nurses and Midwives Board of Australia* (NMBA).
Escopo de prática	Varia de acordo com a legislação de cada estado, mas eles devem sempre atuar sob supervisão. Em alguns estados os profissionais mais experientes têm autorização para supervisionar outros profissionais da mesma categoria e os profissionais de saúde não licenciados "*unlicensed medical staff*".	Esses profissionais são os mais adequados para atender pacientes com necessidades menos complexas e com condições estáveis e previsíveis. Dentro das atividades autorizadas por seu escopo de prática, não precisam de autorização de um *Registered Nurse* para executá-las;	Varia de acordo com a legislação de cada estado, mas eles devem sempre atuar sob supervisão direta ou indireta de *registered nurses*.

Continua

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Atividades	Monitorar a saúde dos pacientes, verificando sinais vitais; Realizar os cuidados básicos com o paciente, incluindo troca de curativos e inserção de cateteres; Fornecer o necessário para o conforto básico dos pacientes, tais como ajudá-los a tomar banho ou vestir; Discutir o cuidado que eles estão fornecendo para os pacientes e ouvir as suas preocupações; Comunicar sobre o estado de saúde e as preocupações dos pacientes aos médicos e enfermeiros; Manter registros sobre a saúde dos pacientes.	Cuidado de uma ferida abaixo da derme ou da membrana mucosa pela limpeza e curativo; Auxiliar em procedimento que envolve a colocação de um instrumento além do ponto de passagens nasais, da laringe ou da abertura da uretra; Auxiliar em procedimento que requer colocação de mão ou dedo além do lábio maior; Auxiliar em procedimentos que exigem a colocação de um instrumento ou dedo além da borda anal.	Intervir e avaliar o estado de saúde individual; Reconhecer um quadro anormal, ao avaliar o paciente; Monitorar o impacto dos cuidados de enfermagem; Manter comunicação permanente com o RN em relação ao estado de saúde dos indivíduos; Prestar apoio e conforto aos pacientes; Fornecer auxílio às necessidades emocionais dos pacientes; Auxiliar com as atividades de vida diária; Administrar medicamentos ou fluidos intravenosos prescritos, de acordo com a sua preparação educacional e política da organização; Entender a tecnologia da informação em saúde.
Remuneração	USD 42.490/ano	CAD 38.604 a 65.288/ano	AUD 789 a 819/semana Aproximadamente AUD 41.831/ano
Fontes	*Bureau of Labor Statistics (2015)*	*College of Nurses of Ontario (2015)* *Canadian Federation of Nurses Union (2015)*	*Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (2015)* *National Enrolled Nurse Association (2015)* *Department of Health and Human Services, Victoria (2015)* *Fair Work Ombudsman Australia (2015)* *Monash University (2013):* *http://www.med.monash.edu/nursing/competency-standards/scope.html*

* As *community colleges* americanas são instituições de ensino superior que oferecem uma alternativa para os dois primeiros anos do curso de graduação, proporcionando uma base forte de conhecimentos gerais antes que o estudante comece a se concentrar numa área mais específica de conhecimento.

Nurses (Registered nurses - RN)

Registered Nurses (RN) ou enfermeiros são profissionais qualificados por ensino universitário superior em instituição credenciada e aprovados em exame nacional de licenciamento para a prática de enfermagem.

Em maio de 2012, nos Estados Unidos, havia 2,7 milhões de postos de trabalho ocupados por estes profissionais, sendo predominantemente em hospitais (61% da força de trabalho). Em 2012 no Canadá haviam 271.807 enfermeiros registrados, dos quais a maioria na província de Ontario (34,8%)[7]. Em 2009, na Austrália, aproximadamente 57% dos serviços de atenção primária empregavam um ou mais enfermeiros, de um total e mais de 8900 que em 2014 trabalhavam neste âmbito (HALCOMB *et al*., 2014). Em setembro de 2015, haviam 264.789 profissionais registrados no *Nursing and Midwifery Board* of Australia[8] como *registered nurse*, sem contar aqueles profissionais que detêm mais de um tipo de registro.

A tabela 5 faz um comparativo entre os países quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de pratica e atividades dos *Registered Nurses.*

A formação destes profissionais pode ocorrer de diferentes formas em cada país e em todos eles é necessário registro nos Conselhos de Classe para atuação. Nos Estados Unidos, embora todos eles confiram o título de RN aos profissionais, alguns empregadores podem exigir um grau de bacharel para contratar o funcionário, principalmente para cargos administrativos, de pesquisas, consultoria e ensino. O diferencial do bacharelado é a educação adicional em ciências físicas e sociais, comunicação, liderança e pensamento crítico. Esses programas também oferecem mais experiência clínica em contextos não hospitalares.

Regulação e escopo de prática

Nos Estados Unidos todos os estados e territórios possuem legislação específica para a atuação dos profissionais de enfermagem, os chamados *Nurse Practice Act*, que descrevem os requisitos necessários para licenciamento, titulação, escopo de prática e

[7] https://www.cihi.ca/en/quick-stats
[8] http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/About/Statistics.aspx

sanções éticas. Os Conselhos de Enfermagem são responsáveis por regulamentar os atos da lei de cada estado. [9] A regulação no Canadá é semelhante a dos Estados Unidos.

Na Austrália a profissão é regulamentada pelo *Nursig and Midwifery Board of Australia* em conjunto com o *Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council* (ANMAC). Juntos, são responsáveis por garantir o cumprimento do Plano Nacional de Acreditação e Registro estabelecido na lei Nacional de Regulação do Profissional de Saúde. Dentre outros, este plano prevê o desenvolvimento de uma equipe de saúde flexível, que seja de fácil acesso e que tenha mobilidade entre os estados e entre países.

Na província de British Columbia, no Canadá, além das atividades listadas na tabela 3, as RN podem executar outras atividades delegadas por médicos, dentistas, parteiras, *nurse practitioners*, dentre outros. Estes profissionais devem estar autorizados por lei a realizar a atividade delegada. As atividades incluem: executar um procedimento em tecido abaixo da derme, abaixo da superfície de uma mucosa ou no interior ou por baixo da superfície da córnea; administrar substâncias não medicamentosas (como ar e água), aplicação de *laser* para destruir tecidos, aplicar testes de alergia, dentre outros. Além disso, se a RN tiver certificação específica para tal pode diagnosticar e tratar determinadas doenças, tais como as sexualmente transmissíveis.[10]

Na Austrália, as *registered nurses* e as *enrolled nurses* são chamadas e *general practice nurses*. Uma pesquisa realizada em 2009/10 com 235 *general practice nurses* da atenção primária mostrou que estes profissionais medem sinais vitais na sua prática clínica (88,5%), realizam eletrocardiogramas (80,0%), aconselhamento (educação) para doenças específicas (67,2%), exame físico (63,0%), acompanhamento de resultados de exames (62,6%), avaliação do apoio social (53,6%), aconselhamento de problemas mentais (19,1%), avaliação de esquemas terapêuticos (28,5%) e coordenação/gestão de casos (38,3%). As atividades que os profissionais relataram ter maior nível de confiança (8-10 em 10 pontos) em desempenhar foram: medir sinais vitais, realizar eletrocardiograma, coleta de material (sangue, urina), acompanhamento de resultados de exames e espirometria (HALCOMB *et al*., 2014).

[9] https://www.ncsbn.org/nurse-practice-act.htm
[10] https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/433ScopeforRegisteredNurses.pdf

Tabela 5. Comparação entre os países estudados quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de pratica e atividades dos *Registered nurses*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Sinônimo	*Registered nurse*	*Registered nurse;*	*Registered nurse*
Formação	Existem três percursos de educação: *Bachelor's of science degree in nursing* (4 anos de duração), *Associate's degree in nursing* ou um diploma de um programa de enfermagem aprovado pelo governo (ambos com 2 a 3 anos de duração). Todos os programas incluem um período de prática clínica supervisionada. Existem também programas de mestrado em enfermagem, programas combinados de bacharelado e mestrado e programas para aqueles que desejam entrar na profissão de enfermagem, mas possuir um diploma de bacharel em outro campo. Alguns empregadores oferecem reembolso de matrícula.	Excetuando a província de Quebec, todas as províncias canadenses exigem que, para se tornar um *Registered nurse*, o profissional deve completar um programa de bacharelado, que pode durar de 2 a 4 anos, em universidades *e University college insitutes*	Formação de nível superior (bacharelado) com duração de 3 a 4,5 anos em instituição de ensino superior aprovada pela *Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council.* Existem também cursos de meio horário, com duração de 6 a 8 anos. O curso contempla um mínimo de 800 horas de prática. Outra possibilidade é cursar o metrado, com duração que varia de 1,5 a 2,25 anos ou ainda cursos de bacharelado atrelado ao de mestrado com 4 anos de duração.Para pessoas que já possuam determinado grau de formação existe um curso de 2 a 3 anos de denominado *Accelerated*, que leva ao registro de enfermagem de forma mais rápida.
Licenciamento	Para atuar em qualquer estado os *Registered Nurses* devem ter uma licença de enfermagem, obtida através do *National Council Licensure Examination* (NCLEX-RN), após conclusão do programa escolhido. Outros requisitos para o licenciamento variam em cada estado. Os *Registered nurses* podem ser certificados também através de associações profissionais em áreas específicas. Embora a certificação seja voluntária, demonstra a adesão a um padrão mais elevado, exigido por alguns empregadores.	O exame de credenciamento é ofertado pelo *National Council of State Boards of Nursing* (NCSBN) e é denominado NCLEX-RN. O requerimento para realizar este exame é feito no Conselho de cada província. RN credenciados nos Estados Unidos podem ser autorizados a trabalhar no Canadá, dependendo do Conselho local. Além disso, deve ser aprovado, também, no teste de jurisprudência de sua província, que tem validade de 5 anos e deve ser feito antes da certificação.	Um pedido de licenciamento é enviado para o *Nursing and Midwifery Board of Australian* a modalidade "General registration". Para se qualificar é necessário ter proficiência no idioma, comprovar prática clínica, enviar histórico de infrações éticas, comprovar mínimo de 20 horas/ano de educação continuada, atestar que atuarão sob proteção de seguro.

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Escopo de prática	Determinado pela legislação de cada estado	Embora a legislação, normas e outros controles reguladores determinem o escopo e os limites da prática para RN, outros fatores também influenciam a sua prática: nível individual de competência; requisitos e políticas de empregador; e necessidades do cliente.	Determinado pela legislação de cada estado
Atividades	Registrar histórico médico e sintomas dos pacientes; Administrar medicamentos e tratamentos aos pacientes; Elaborar planos de cuidados para os pacientes ou contribuir para os planos existentes; Observar pacientes e registrar observações; Consultar com os médicos e outros profissionais de saúde; Operar e monitorar equipamentos médicos; Ajudar a realizar exames de diagnóstico e analisar resultados; Ensinar os pacientes e suas famílias como gerenciar doenças ou lesões; Explicar o que fazer em casa, após o tratamento.	Diagnosticar condições de saúde (mas não de doenças); Cuidar de uma ferida abaixo da derme ou da membrana mucosa pela limpeza e curativo, podendo envolver debridamento; Punção venosa para coleta de sangue ou administração de soluções após solicitação médica; Oxigenoterapia; Administrar nutrição enteral e injeção de proteína para teste tuberculínico; Inserir instrumentos na cavidade nasal, uretra, anal, lábio maior; etc para tratamento de feridas; Realizar parto se o médico ou parteira estiverem ausentes; Realizar ultrassom e exames com eletricidade; Solicitar exemes de imagem; Preparar e administrar medicamentos.	Prestar apoio emocional e físico aos pacientes e familiares; Promover educação do paciente; Controlar o tratamento de feridas e infecções; Realizar manejo da dor; Monitorar sinais vitais; Interpretar resultados de exames; Administrar medicamentos; Prestar cuidados pós-cirúrgicos; Contatar outros profissionais de saúde para garantir a continuidade dos cuidados.

Continua

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Remuneração	USD 66.640/ano	CAD 45025,50 a 90198,42/ ano	De AUD 870,10 a AUD 900,20/semana. Aproximadamente AUD 46.020/ano inicialmente
Fontes	*Bureau of Labor Statistics (2015)*	*Canadian Nurses Association (2015)* *Nurse One CNA (2015)* *Canadian Federation of Nurses Unions (2015)* *College of Registered Nurses (2015)*	*Australian Health Practitioner Regulation Agency (2015)* *Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (2015)* *Nursing and Midwifery Board of Australia (2015)* *Fair Work Ombudsman (2015)*

Nurse Practitioners (NP)

A denominação de *Nurse Practitioners* (NP) varia entre os países. Nos Estados Unidos são denominados *Advanced practice registered nurses* (APRN) e incluem tanto os NP quanto os *Certified nurse-midwives* (CNM) e surgiram na década de 60 em resposta à escassez de médicos em todo o país (CHRISTIAN e DOWER, 2008). Na Austrália, o termo *Advanced practice nurses* (APN) se refere a enfermeiros que atuam em práticas avançadas, o que inclui os NP, *specialists*, *consultants* e outros.

Em 2012 havia 151.400 profissionais atuando como APNR nos Estados Unidos e 3.157 NP no Canadá, sendo quase 60% na província de Ontario.[11] Em 2007 na Austrália haviam 250 NP registrados (DUNN *et al.*, 2010), 400 em 2010[12] e em 2014, 1058 profissionais[13].

A Tabela 6 faz uma comparação entre os países estudados quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de prática e atividades dos NP. Em todos os países os NP trabalham de forma independente ou em colaboração com demais profissionais de saúde. Além das funções já executadas pelos *Registered Nurses* os NP também são treinados para avaliar resultados de exames, encaminhar pacientes para especialistas, diagnosticar e tratar doenças. NP também podem realizar pesquisas ou administrar treinamentos e fornecer serviços de consultoria em área específica.

Em 2000, o Conselho Internacional de Enfermagem formou uma rede internacional de *Nurse Practitioner* e *Advanced Practice Nurse* com o intuito de fornecer subsídios a estes profissionais em todo o mundo. A recomendação desta rede é de que NP/APN tenham realizado curso de mestrado em sua formação[14]. Porém, a formação para se tornar um NP também varia entre os países. Tanto nos Estados Unidos como na Austrália é preciso completar curso de mestrado, possuir experiência clínica, e ser registrado como tal em seu Conselho, como descrito em detalhes na Tabela 5.

[11] https://www.cihi.ca/en/quick-stats
[12] Lumby, J., Robins, M. & Woods, M. (2010). Why has the Nurse Practitioner been granted prescribing privileges? Journal of Pharmacy Practice and Research, 40, 259-260. https://acnp.org.au/article/why-has-nurse-practitioner-been-granted-prescribing-privileges
[13] http://www.health.vic.gov.au/nursing/furthering/practitioner/nurse-practitioner-frequently-asked-questions
[14] http://icn-apnetwork.org/

Alguns programas nos Estados Unidos exigem, para ingresso, um período de experiência clínica e a maioria prefere candidatos que tenham o bacharelado em enfermagem. No entanto, algumas escolas oferecem programas para enfermeiros que efetivaram a graduação tecnológica (*Associate's degree)* ou diploma em enfermagem. Neste país programas de pós-graduação também estão disponíveis para indivíduos que não obtiveram um diploma de bacharel em enfermagem, mas sim em outro campo da ciência da saúde. Estes preparam o aluno para realizar o exame de licenciamento dos *Registered nurses*. Embora o grau de mestre seja o mais encontrado entre os APNR, estes profissionais podem alcançar o título de *Doctor of Nursing Practice* ou PhD.

Regulação e escopo de prática

Após obter autorização para exercer a profissão, um NP nos Estados Unidos pode, na maioria dos Estados, prescrever medicamentos, solicitar exames médicos, e diagnosticar problemas de saúde. Eles podem prestar cuidados primários e preventivos e podem se especializar em cuidados para determinados grupos de pessoas. Na Austrália, um NP pode prescrever e administrar determinados medicamentos segundo a sua área de especialidade, com base num formulário acordado, e iniciar investigação diagnóstica, tais como exames de patologia e de imagens médicas. A autorização também formaliza o direito de referenciar a especialistas (WAND; WHITE, 2007).

Nos Estados Unidos as NP prescrevem medicamentos como parte de sua rotina clínica. Uma pesquisa nacional realizada em 2004 incluiu 16062 NP e cerca de 90% relatou que prescreve agentes farmacológicos na prática clínica. (GOOLSBY, 2005a in: DUNN *et al.*, 2010). Um estudo conduzido no estado da Geórgia, Estados Unidos, incluiu 541 APRN, dos quais a maioria era do sexo feminino (92%), trabalhava em área urbana (72%) e possuía mestrado (82%). A área de certificação mais comum foi a de enfermagem da família (61%), seguida da saúde do adulto (14%), pediátrica (10%), saúde da mulher (9%) e obstetrícia (7%). Para prescrever medicamentos existem duas legislações que regulamentam a prescrição dos APRN na Georgia. Na versão de 1988 os APRN podem prescrever em nome de um médico supervisor desde que ele assine todas as prescrições e não precisam de registro no *Drug Enforcement Association* (DEA). Na versão de 2006 os APRN podem prescrever em seu próprio nome os medicamentos listados em protocolo elaborado pelo médico supervisor, e precisam de registro no DEA. O principal achado do estudo foi que a maioria dos APRN

prescreviam pela versão de 1988 e apenas 83% dos que utilizavam o modelo de 2006 eram registrados no DEA, pois utilizavam a assinatura de médicos para a prescrição de medicamentos controlados ou limitavam a sua prática à prescrição de medicamentos que não prescindem de registro no DEA (SHILLING, 2013).

Com relação às *Certified nurse midwifes* (CNM) uma revisão da legislação e de artigos publicados nos Estados Unidos confirmou que o escopo de prática é influenciado pela regulação e licenciamento estaduais, tipo de educação, certificação e política federal. Encontrou diferenças e restrições entre os estados para a atuação dos CNM como prestadores de serviço na atenção primária: em 13 estados existem estatutos que permitem os CNM atuarem de maneira ampla; em 19 estados os CNM podem fornecer mais cuidados além daqueles ginecológicos e perinatais; em cinco estados nos quais CNM tem permissão legal para atuar, três permitem ações de atenção primária para mulheres, um permite para atenção primária como um todo e outro limita a assistência apenas para o ciclo reprodutivo (PHILLIPPI; BARGER, 2015).

Na Austrália *Advanced practice nurses* não é uma profissão regulamentada e não há registro especial no Conselho para exercer esta função (CHANG *et al.*, 2011). Os domínios de prática dos APN e suas especificações incluem, dentre outros (i) liderança profissional (ii) cuidado integral ao paciente: realizar anamnese, solicitar e interpretar testes diagnósticos, traçar plano de cuidado, oferecer cuidado especializado, educação e orientação do paciente e familiares (iii) suporte ao sistema de saúde: servir como líder, auxiliar no planejamento estratégico, contribuir com a equipe (iv) educação em saúde (v) pesquisa (CHANG *et al.*, 2011). Já os NP são enfermeiros registrados no Conselho como RN mas que possuem uma autorização adicional para exercer funções avançadas e expandidas[15].

Uma pesquisa nacional realizada em 2007 na Austrália com 68 NP, dos quais 64 atuavam na rede pública, quase 60% prescreviam medicamentos pelo menos uma vez ao dia, sendo que esta atividade representava menos de 20% da prática clínica para grande parte destes profissionais (DUNN *et al.*, 2010). Os autores discutem que possíveis barreiras para a baixa prescrição entre NP incluem inconsistências na legislação dos estados, a existência de protocolos restritivos de prescrição para NP, a falta de

[15] Australian Nursing and Midwifery Council. (2006). National competency standards for the nurse practitioner. Canberra: Australian Nursing and Midwifery Council.

financiamento de serviços de NP (que não fazem parte dos sistemas de reembolso do país) a oposição dos médicos e o uso de formas alternativas para executar a prescrição, tais como utilização de receitas já assinadas por médicos, assinatura complementar de médicos ou solicitar a outro profissional que prescreva o medicamento selecionado (DUNN *et al*., 2010).

Um estudo seccional realizado com 91 NP/APN de 32 países mostrou que a maioria possui programas de educação com título me mestrado, mas apenas na metade dos países este era o nível de formação predominante, sendo citados também o nível de bacharel, obtenção de certificado ou diploma em nível avançado. O mecanismo regulatório mais comum para a prática da profissão é a exigência de formação e o registro ou licença. O reconhecimento formal do escopo destes profissionais acontecia na maioria dos países por meio das associações profissionais, seguido do governo e de organizações de saúde. O local de trabalho mais comum entre os países foi o hospital e os serviços de saúde mental. Quanto ao escopo de prática, nos países avaliados as NP/APN possuem autonomia para prescrevem (63%) e dispensar (46%) medicamentos, encaminhar pacientes a outros profissionais (79%), atuar sem a supervisão de médicos (54%). Além disso, em oito dos países estes profissionais estão segurados quanto à má-prática, em sete recebem pagamento de outras fontes e em três recebem pagamento diretamente dos clientes (PULCINI *et al.*, 2010).

Tabela 6. Comparação entre países quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de prática e atividades dos *Nurse Practitioner*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Sinônimo	*Advanced practice registered nurses*	*Clinical nurse specialist.*	-
Formação	Qualquer *Registered nurse* que deseja se tornar APNR, deve estar previamente licenciado em seu estado. Em seguida deve cursar um mestrado em programa credenciado, que abrange teoria e prática, bem como cursos específicos para o papel APRN escolhido (*Nurse anesthetists*, *Nurse midwives* e *Nurse practitioners*).	É exigido, no mínimo, uma pós-graduação em enfermagem para se tornar uma *Advanced nurse practice*. No entanto, esta formação, acompanhada de experiência clínica é que permite que os enfermeiros desenvolvam as competências necessárias na área. Diferenciais: os *Clinical nurse specialists* devem ter concluído o mestrado na especialidade desejada.	Qualquer *Registered nurse* que deseja se tornar NP, deve estar previamente licenciado em seu estado. Em seguida deve cursar o *Master of Nursing* de um ano e meio a dois anos de duração em período integral ou até quatro anos meio período em cursos aprovados pelo *Nursing and Midwifery Board of Australia.* O tempo total desde a formação como enfermeiro até NP gira em torno de oito anos.
Licenciamento	As APNR devem passar por um exame de certificação nacional e, se desejarem, poderão obter uma segunda licença estadual , específica para um dos papéis APRN e para um determinado grupo de pacientes: O *National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists* (NBCRNA) oferecem o National Certification Examination (NCE). *Nurse Anesthetists* devem ser recertificadas a cada 2 anos. A *American Midwifery Certification Board* confere o título às *Nurse-Midwifes.* A recertificação deve ser feita a cada 5 anos. Há uma série de exames de certificação para *Nurse Practitioners* devido ao grande número de profissionais e áreas de especialização em que podem atuar.	O exame de certificação de *Nurse Practitioner*s é realizado de acordo com sua especialidade e sua província. É necessário uma recertificação anual. A cada 7 anos deve-se comprovar educação continuada em temas determinados pelo Conselho da especialidade. Antes de prestar os exames citados, deve-se ter realizado a teste de jurisprudência de sua província, que tem validade de 5 anos e deve ser feito antes da certificação.	Um pedido de licenciamento é enviado para o *Nursing and Midwifery Board of Australian* a modalidade “endorsement”, que identifica enfermeiros com qualificações ou expertise adicionais. Para se qualificar é necessário ter cumprido o curso de mestrado em NP; ter experiência de três anos em tempo integral ou carga horária de 5000 horas em funções avançadas e seguir os padrões de formação, ética e conduta do Conselho profissional. Além disso, devem renovar o registro anualmente.

Continua

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Escopo de prática	Seu escopo de prática varia dependendo do estado.	Varia de acordo com a regulação e jurisdição local e das necessidades e circunstâncias dos clientes e suas competências individuais.	Varia segundo sua formação, conhecimento e prática, sendo determinado principalmente pelo contexto em que é permitida sua atuação.
Atividades	Fazer anamnese e exame físico; Elaborar planos de cuidados para os pacientes ou contribuir para os planos existentes; Observar os pacientes e diagnosticar vários problemas de saúde; Executar e solicitar exames de diagnóstico e analisar resultados; Administrar medicamentos e tratamentos aos pacientes; Consultar com os médicos e outros profissionais de saúde, conforme necessário; Operar e monitorar equipamentos médicos; Orientação aos pacientes e familiares.	Diagnosticar doenças; Prescrever e interpresar exames Prescrever medicamentos	Realizar avaliação e gerenciamento do cuidado de pacientes; Fazer anamnese e exame físico; Executar e solicitar exames de diagnóstico e analisar resultados; Iniciar o encaminhamento a outros profissionais de saúde; Fornecer serviços externos em comunidades rurais e remotas Realizar tutoria e treinamento clínico de outros profissionais de saúde. Selecionar/ Prescrever medicamentos incluindo dosagem, via de administração e frequência de uso, além de outras terapias necessárias. Avaliar o tratamento/intervenções de acordo com os desfechos determinados e ajustar o tratamento, se necessário.
Remuneração	USD 102.670/ano, variando de acordo com a especialidade.	NP: CAD53.628,25 a 113.373,00/ano Clinical nurse specialist: CAD 47.030,75 a 105.910,16/ano	Inicial de AUD 1.282,80 /semana. Aproximadamente AUD66.705/ano
Fontes	*Bureau of Labor Statistics (2015)*	*College of Nurses of Ontario (2015)*	*Australian College of Nurse Practioners (2015)* *Australian Health Practitioner Regulation Agency* *Department of Health and Human Services, Victoria (2015)*

Equipe de saúde bucal

Nos países estudados existe uma variedade de profissões que fazem parte da Equipe de Saúde Bucal. No presente estudo, daremos ênfase aos *Dental Hygienists* e *Dental Assistants*. Uma definição resumida pode ser consultada no quadro 2, seguida por uma descrição mais detalhada de cada uma das profissões.

Quadro 2. Descrição resumida dos profissionais da equipe de saúde bucal incluídas no estudo

Denominação profissional (sinônimos)	Descrição
Dental Hygienists *(Oral Health Practitioners)*	Profissionais de saúde bucal ou educadores de saúde bucal, que fornecem serviços educacionais, preventivos e terapêuticos através da promoção da saúde bucal.
Dental Assistants *(Dental nurses, Dental Auxiliaries, Dental Surgey assistants, Dental therapists)*	Profissionais da saúde bucal que dão suporte ao dentista em todos os aspectos, o que inclui providenciar os instrumentos certos e a mistura de materiais para os procedimentos odontológicos, esterilizar os instrumentos dentários garantir o conforto dos pacientes e tomar notas do dentista.

Dental Hygienists (DH)

Os *Dental Hygienists (DH)*, conhecidos também como *Oral Health Practitioners* são profissionais de saúde bucal ou educadores de saúde bucal, que fornecem serviços educacionais, preventivos e terapêuticos através da promoção da saúde bucal (GIBSON-HOWELL; HICKS, 2010). No Canadá[16] haviam 26.847 DH registrados em 2011. Nos Estados Unidos[17] 192.800 posições de trabalho de DH e na Austrália 1.381 registrados em 2015, além de outros 496 com registro adicional em outra categoria.[18]

A formação em DH varia de acordo com o país, mas em todos eles os cursos para formação devem ser aprovados pelo Conselho ou Associação profissional. Nos Estados Unidos para se tornar um DH é necessário título de tecnólogo com dois anos de formação, tempo semelhante ao do Canadá. Na Austrália os cursos duram em média um ano (390 horas) (Tabela 8).

[16] http://files.cdha.ca/profession/Reg_Chart_May2015.pdf
[17] http://www.bls.gov/ooh/healthcare/dental-hygienists.htm
[18] http://www.dentalboard.gov.au/About-the-Board/Statistics.aspx

Regulação e escopo de prática

Nos Estados Unidos, a grande maioria dos DH trabalha na prática privada (consultório odontológico) juntamente e sob a supervisão do dentista, sendo que mais da metade trabalha meio horário[19]. Enquanto os dentistas se concentram no tratamento de dentes e gengivas, o DH possui o papel vital de ajudar a prevenir que os problemas surjam[20].

Tanto o cuidado dental e a higiene dental se baseiam na avaliação de pacientes e exames clínicos. Em muitos consultórios os DH realizam avaliação e exames em pacientes novos e existentes que retornam para cuidados preventivos. Estes exames contribuem para que dentista realize um diagnóstico e construa um plano de tratamento (GIBSON-HOWELL; HICKS, 2009).

Myers *et.al*. (2014) realizaram um estudo no estado do Kansas procurando ver a percepção dos DH com escopo estendido (*Extended Care Permits* – ECP) sobre a mudança na assistência bucal local. Desde 2003 este estado vem alterando sua legislação para permitir uma expansão de escopo de prática destes profissionais, uma vez que ainda existem muitos indivíduos sem acesso a este serviço de saúde, principalmente em áreas carentes. O estudo foi realizado dois anos após a última modificação da legislação, que ocorreu em 2012. Um questionário foi enviado para todos os profissionais desta categoria registrados no Conselho local (*Kansas Dental Board*). 92% daqueles que atenderam aos requisitos e responderam ao questionário concordam que a ECP é a solução para o problema de acesso a serviços de saúde bucal no Kansas e estão, em geral, satisfeitos com a sua expansão de escopo. Apesar disso, eles citam as barreiras ainda existem para suas permissões serem executadas: obstáculos impostos pela administração local (39%), limitação financeira no início (22%), limitação de espaço (13,6%), falta de suporte de um dentista local (12,1%), número inadequado de pacientes disponíveis para o serviço (10,2%).

Em 2012 Post e colaboradores conduziram um estudo no Estado de Minnesota com 151 DH e 92 auxiliares de dentistas com o objetivo de avaliar o perfil dos profissionais quanto à colocação de materiais restauradores - atividade permitida desde 2003 no

[19] http://www.bls.gov/ooh/healthcare/dental-hygienists.htm
[20] http://www.nhscareers.nhs.uk

Estado como parte da política de expansão de escopo. A maioria dos participantes tinha curso de bacharelado (52%), atuavam na região metropolitana (57%) e em conjunto com um ou dois dentistas (60%). Apenas 93 (38%) realizavam colocação de material restaurador sendo que a maior parte dos profissionais que desempenhava esta atividade era mais velha (40 vs. 35 anos de idade), possuía formação tecnológica (68%) por meio de cursos de educação continuada (87%). Além disso, esta atividade era mais realizada por auxiliares de dentistas que por DH ($p<0.001$). O principal local de atuação para executar esta atividade foi a clínica geral odontológica (75%). Não houve diferenças entre os profissionais que atuavam na região metropolitana e não-metropolitana, porém o perfil de pacientes atendidos por cada um deles variou (POST; STOLTENBERG, 2014)

Em 2004, o estado do Arizona aprovou uma lei que permite que os DH qualificados possam fornecer serviços saúde bucal a populações carentes, sem necessidade de supervisão direta de um dentista. Os pré-requisitos para atuarem remotamente incluem: ter cinco anos de prática como DH, mínimo de 2.000 horas de trabalho nos cinco anos que antecedem a contratação e educação permanente em áreas pré-determinadas. Com isso, o departamento de DH da *Northern Arizona University* desenvolveu um treinamento para a utilização do recuso de "Tele-odontologia" (SUMMERFELT, 2011). Neste os DH atuam em áreas carentes e utilizam equipamentos de alta tecnologia que coletam e transmitem dados dos pacientes para um dentista que está em outra localidade. O profissional pode, então, realizar triagem, diagnóstico e encaminhamento dos pacientes, à distância. Os DH podem, além de comunicar-se digitalmente com os dentistas, prestar serviços de prevenção, que já são autorizados para a sua categoria profissional. O projeto foi desenvolvido em 2010 com estudantes de DH e um treinamento de 6 horas foi ministrado, antes de enviá-los às áreas remotas. Os resultados obtidos foram considerados excelentes, não havendo diferença entre os serviços prestados *in locu* e à distância. Os estudantes consideraram importante abordar o tema em suas grades curricular.

Os procedimentos autorizados para supervisão indireta, no Arizona, são: Avaliar a pressão arterial; digitalizar e fotografar a cavidade oral e estruturas adjacentes; *Perform dental restorative charting and recording of clinical findings*; realizar radiografias dentais de acordo com diretrizes da *American Dental Association (ADA);* avaliar o risco de cárie; coletar o histórico médico e odontológico; realizar todos os procedimentos

necessários para a profilaxia completa; aplicar selantes dentários de acordo com diretrizes da ADA e *Centers for Disease Control and Prevention (CDC*); administrar flúor tópico e *varnishes,* de acordo com diretrizes da ADA e CDC; discutir os procedimentos de assistência domiciliar do paciente; instruir quanto aos cuidados domiciliários apropriados; fornecer intervenção para a cessação do tabaco e encaminhamento, quando apropriado.

Uma análise longitudinal foi realizada por Johnson (2009), onde se comparou a atuação dos DH em diferentes países da América do Norte, Europa, África, Ásia e Oceania. Quanto ao escopo de prática relacionado à avaliação do cliente, aos procedimentos 'investigar histórico médico do paciente', '*performing both an extra-oral examination'* e '*a soft tissue examination'* foram comuns a todos os países. Os segundos mais prevalentes foram: *performing a hard tissue examination* e *making dental impressions* (n=17), seguidos de avaliar sinais vitais e *exposure* e utilizar radiografia (n=15). Menos frequentemente citado foi '*performance of diagnostic tests'* (n=13).

Em relação ao plano de cuidados de higiene dental, as seis atividades e decisões investigadas foram citadas com um aumento significativo ao longo dos anos, sendo que, na última pesquisa (2006) todas foram mencionadas por 16, dos 18 países. As duas exceções foram o Japão e a Coreia. Assim, para a grande maioria dos países, o escopo da prática incluiu a identificação de necessidades de cuidados de higiene dental, informando o cliente da avaliação realizada, as opções de tratamento, decidindo os serviços que serão oferecidos, a sequência em que serão realizados e '*overall appointment schedule*'.

Quanto aos serviços preventivos, foram investigados seis procedimentos. Ao contrário dos outros anos, na última pesquisa (2006) todos os países afirmaram que os DH desempenham todas as atividades: realizar higiene oral, aconselhar dieta e cessação de tabagismo, aplicação tópica de flúor e '*fissure sealants'* e decidir os produtos de auto-cuidado que serão recomendados (*deciding the self-care products to recommend*).

Em relação aos serviços terapêuticos houve maior divergência entre os países. Dos 8 procedimetos, 4 foram comuns a todos os países: *namely supra- and sub-gingival calculus and extrinsic stain removal (i.e., debridement),* e mais recentemente, *sub-gingival irrigation*. Anestesia local foi mencionada por 14 países, seguido de *placement*

and fitting of orthodontic bands (n=8) e *placement and finishing of dental restorations* (n=6). Preparo cavitário foi citado apenas pela Holanda.

Tabela 7. Comparação entre países quanto a formação, licenciamento, remuneração, escopo de prática e atividades dos *Dental Hygienists*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Sinônimo			
Formação	É necessária formação em curso tecnólogo de duração de dois anos aprovado pela *American Dental Hygienists Association* de acordo com a especialidade oferecida no curso. Também são oferecidos cursos de bacharelado e mestrado. Geralmente um diploma de bacharelado é solicitado para aqueles que queiram trabalhar em ensino, pesquisa ou prática clínica em programas escolares ou na saúde publica Alguns programas de bacharelado podem exigir até dois anos de *college* como pré-requisito para entrar no programa de DH.	É necessário diploma ou bacharelado com formação em curso de DH. Existem programas mais curtos para a formação em bacharelado daqueles que já possuem diploma em DH. A obtenção d diploma, tipo de formação mais comum, normalmente leva 2 anos acadêmicos. O Curso deve ser aprovado pelo Conselho Profissional de cada estado.	É necessária formação em curso de um ano (390 horas), que deve ser aprovado pelo *Dental Board of Australia*.
Licenciamento	Aprovação em exame do *National Board Dental Hygiene* e em prova escrita e prática do Conselho Profissional do estado que o candidato pretende atuar.	Os DH devem ser registrados ou licenciados por meio de aprovação em provas de conhecimentos e prática oferecidas pelo Conselho local. Embora não seja obrigatório para todas as províncias é recomendável prestar o exame nacional (*National Dental Hygiene Certification Exam*) que aumenta as chances de mobilidade entre províncias do Canadá. Os requisitos para o registo ou licenciamento variam por província ou território, incluindo as diferenças na experiência clínica, exames necessários e requisitos de educação continuada.	É necessária aprovação em prova técnica oferecida pela *Australian Health Practitioner Regulatory Agency*, além de processos de análise de formação.
Escopo de prática	Atuam sobre supervisão de um dentista licenciado. Não existe uma regulação especifica sobre as atividades que eles podem executar. Seu escopo de prática varia de acordo com a legislação de cada estado, e existem grandes diferenças no que diz respeito às expectativas em relação ao papel, autonomia e compensação dos serviços prestados pelos DH	A profissão é regulamentada nas províncias por meio dos Conselhos de Classe e em quatro províncias não a regulamentação é federal. A legislação que regulamenta os atos pode ser específica dos DH ou estar contida na legislação de atos de dentistas, de assistentes de dentistas ou ainda dos profissionais de saúde como um todo. Os DH podem atuar independentemente do profissional dentista em oito províncias*. Na maioria das províncias é exigido um seguro para a prática profissional de no mínimo um milhão de dólares canadenses.	Regulamentado pelo *National Dental Board of Australia* nos seus guias para registro e prática, além de acordos no local de trabalho, regulação local e preferência do profissional. Atuam sob a supervisão do dentista.

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Atividades	Triagem dos pacientes, como avaliação das condições de saúde bucal, avaliação do histórico de saúde, triagem de câncer oral; Mapeamento dental e periodontal; Medir pressão arterial; Tirar radiografia dentária; Limpeza/remoção de placas dentárias; Aplicar materiais preventivos (ex. selantes); Aplicar de anestesia local e tópica; Administrar agentes antimicrobianos; Curetagem de tecidos moles; Colocar e remover curativos; Atividades educativas, incluindo ensino de estratégias de higiene bucal para mandar a saúde bucal, aconselhamento nutricional e seu impacto sobre a saúde bucal Prescrever sob a supervisão do dentista.	Varia de acordo com a Província. As atividades listadas podem ser autorizadas apenas em uma das 13 jurisdições. Realizar avaliação da cavidade oral; Formulam diagnóstico; Planejar o cuidado e tratamento; Avaliar o progresso no tratamento; Anestesia local; Terapia miofuncional; Raspagem supra e subgengival; Procedimentos ortodônticos em conjunto com o dentista; Restauração permanente em conjunto com o dentista; Restauração temporária; Solicitar radiografias; Prescrever.	Informar sobre cuidados com a gengiva e saúde bucal, hábitos alimentares, fatores de risco e condições de saúde que afetem a saúde bucal; Planejar junto ao dentista a manutenção do tratamento dos pacientes quanto à saúde bucal, exames de imagem e história médica; Remover tártaro; Aplicação de flúor e agentes de prevenção à carie e recomendar o uso de produtos em casa; Promover a saúde bucal em escolas, jardins de infância, organizações e instituições; Prover serviços em atenção domiciliar e para pacientes com necessidades especiais.
Remuneração	USD 70,210*	CAD 58.000	AUD 62.000
Fontes	*American Dental Hygenists Association (2015)* *Bureau of Labor Statistics (2015)* *Dental Boards of California; Florida; Texas.* *American Dental Association (2015)* GIBSON-HOWELL; HICKS, 2009.	Dental Hygienists Canada (2015) *Canadian Dental Hygienists Association(2015)*	*Dental Hygienists Association of Australia (2015)*

* Colúmbia Britânica , Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nova Brunswick, Nova Escócia, Terra Nova e Labrador)

Dental Assistants (DA)

Os *Dental Assistants (DA)* são profissionais da saúde bucal que dão suporte ao dentista em todos os aspectos. Sua nomenclatura pode variar de acordo com o país, sendo conhecidos também como *Dental Therapists, Dental Nurses*, *Dental Auxiliaries* ou *Dental Surgey Assitants*.

As atividades dos DAs também podem variar de acordo com cada país e ou estado de atuação, mas em geral envolve, providenciar os instrumentos e materiais certos, esterilizar os instrumentos, garantir o conforto do paciente, tirar raio-x, além de tarefas administrativas, como manter os registros de tratamento dentários, marcar consultas, entre outras atividades. A tabela 9 faz uma comparação entre os países estudados quanto à formação, remuneração, licenciamento, escopo de prática e atividades dos DA.

Nos Estados Unidos em 2012 havia 303.200 empregos de DA. A maioria atua dentro de consultórios odontológicos por período integral. A formação em DA pode variar de acordo com o estado e/ou instituição. Em muitos estados para exercer funções básicas de DA, sob a supervisão de um dentista licenciado, não é necessário treinamento ou formação, como por exemplo, no Alaska e no Texas. Em outros, como na Califórnia, é necessário realizar cursos aprovados pelo Conselho Profissional que abrangem conhecimento das práticas previstas na Lei, controle de infecção e suporte básico de vida – *basic life support.* Neste caso o empregador (dentista licenciado) deve exigir do DA a realização estes cursos antes do primeiro ano ada data de inicio dos trabalhos[21].

Estima-se que existam cerca de 26.000 a 29.000 DA no Canadá e cerca de 20.000 são registados em associações estaduais. [22] Uma pesquisa nacional realizada em 2014 com a participação de 1294 DA mostrou que a maioria tem entre 30 e 50 anos (54%) trabalha ao lado do dentista (91%), e na clínica geral (85%). O estudo mostra todas as tarefas desempenhadas pelo DA. As seguintes tarefas são desempenhadas por mais de 80% dos entrevistados: Preparo de pacientes para radiografias, expor ao filme radiográfico/sensor digital, selecionar técnica radiográfica, manter visibilidade e acessibilidade para o operador, comunicar o estado do paciente, *charts existing intra/extra oral conditions*, limpar o equipamento, manter os instrumentos. Outras tarefas muito comuns (entre 70-

[21] http://dhhs.ne.gov/publichealth/Licensure/Documents/DentalAsstDutiesFunctions.pdf
[22] http://www.cdaa.ca/da-promotion/

80%) incluem: Manipular materiais, fornecer instruções pós-tratamento, monitorar a condição dos pacientes, auxiliar em procedimentos operatórios, avaliar radiografias, processar exposições radiográficas, coletar histórico médico, auxiliar com a administração de anestésico local e tópico.

Os *Dental Therapists* atuam na Austrália desde 1975 e até os anos 2000 os DT estavam restritos às SDS - *School Dental Services* - serviços de saúde bucal prestado para todas as escolas primárias e para adolescentes elegíveis (Satur *et al.*, 2009). Em 2015 havia 1.063 *Dental Therapist* registrados na Austrália, além dos profissionais com registro adicional em outra categoria.[23] Estes profissionais estão empregados majoritariamente no setor público, dos quais 60% trabalham em SDS e 16% em clínicas odontológicas comunitárias.[24]

Um estudo realizado na província de Victoria, na Austrália, incluiu 59 DT que trabalhavam em outros locais que não os SDS. Quase 80% tinham diploma de DT, enquanto os demais tinham certificado de DT e 13% também tinham formação em DH. Dois terços trabalhavam em áereas urbanas, com uma média de 3,8 dias trabalhados/semana, estatisticamente superior à média dos DT que trabalhavam em áreas rurais (2,9 dias). O principal local de trabalho era do setor privado (58%), sendo clínica geral o mais comum. No setor público, se destacou as SDS e as clínicas comunitárias. As atividades desempenhadas por mais da metade dos entrevistados foram: Educação, aconselhamento nutricional, profilaxia, raspagem, exame oral, interpretar radiografia, planejar o tratamento, selagem de fissuras. Já os procedimentos de coroa de aço inoxidável e extração de dente permanete não foram reportados por nenhum participante. Houve diferenças no padrão de tarefas executadas por DT das áreas rural e urbana, sendo desempenhadas na área rural as atividades mais complexas como anestesia local, pulpotomias, interpretar radiografias, executar restaurações temporárias e outros tratamentos de emergência (SATUR *et al.*, 2009).

[23] http://www.dentalboard.gov.au/About-the-Board/Statistics.aspx

[24] http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/report_nacdh~report_nacdh_ch2~report_nacdh_wf

Tabela 8. Comparação entre países quanto a formação, licenciamento, remuneração, escopo de prática e atividades dos *Dental Assistants*

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Sinônimo	*Dental Auxiliary*		*Dental Therapist*
Formação	O curso varia geralmente entre 9 e 12 meses e oferecem certificado ou diploma de conclusão e devem ser credenciados no *Commission on Dental Accreditation* (CODA). A maioria dos cursos é realizada nas faculdades comunitárias (*community colleges*), mas escolas de formação profissional, escolas técnicas, escolas de odontologia e universidades também podem oferecer o curso. Existem também alguns poucos programas com formação tecnóloga de 2 anos. Em alguns estados também é possível se tornar um DA através da comprovação de atuação prática de no mínimo 2 anos	Cursos variam de duração, e podem ser feitos de acordo com o nível que se deseja atuar (Nível I ou Nível II), sendo possível encontrar cursos com formação para os dois níveis. Em geral, exige-se para entrada conclusão do ensino médio com ênfase em ciências, biologia e química e alguns programas exigem que os alunos tenham um certificado válido de ressuscitação cardiopulmonar (Nível C).	Curso aprovado pelo *Dental National Board* de dois ou três anos de duração em tempo integral.
Licenciamento	Para ser licenciado nacionalmente como *Registered Dental Assistant* (RDA) é preciso fazer o exame do Conselho Nacional (Dental Assisting National Board's). Existe também licenciamento específico em alguns estados. São elegíveis para o licenciamento os indivíduos que realizaram cursos acreditados ou que possuem dois anos ou mais de experiência em período integral.	É necessário se registrar na província de atuação após aprovar no exame da *National Dental Assisting Examining Board*, exceto em Quebec. Não é preciso renovar este exame.	Não há requisitos de licenciamento na Austrália, nem em nenhum estado. Porém, aqueles que detêm certificados em nível especializado deve se registrar no Conselho de Odontologia do Estado.
Escopo de prática	Varia de acordo com a legislação de cada estado, porém sempre devem atuar sob supervisão de um dentista licenciado. A eles são destinadas práticas básicas e auxiliares à odontologia e são vedadas práticas como diagnóstico, prescrição de medicamentos e cirurgia	A profissão é regulamentada nas províncias por meio dos Conselhos de Dentistas e dos atos das profissões. Nas províncias de Quebec e Ontario não há regulamentação. Os assistentes nível I preparam os pacientes para o trabalho do dentista e realizam atividades menos especializadas. Já os assistentes nível II recebem treinamento adicional e realizam tarefas mais especializadas.	Devem praticar apenas sob a supervisão de um dentista. As práticas delimitadas devem sempre ser praticadas sob supervisão de um dentista licenciado. A estes são destinadas práticas básicas e auxiliares à odontologia, como limpeza e esterilização de equipamentos, manuseio dos mesmos, manutenção de registros de pacientes, entre outros; são vedadas práticas como diagnóstico, prescrição de medicamentos e cirurgia.

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Atividades	As atividades variam de acordo com a regulação e o local de trabalho. Incluem: Auxiliar os dentistas nos procedimentos e tratamentos; Tirar radiografia e realizar processamento radiográfico; Coletar a história médica do paciente; Aferir pulso e pressão; Esterilizar instrumentos; Estabelecer protocolos de controle de infecções; Confortar pacientes antes, durante e após o tratamento; Instruir pacientes após os procedimentos; Ensinar aos pacientes técnicas de higiene bucal; Realizar exame para modelagem de dentes; Realizar serviços administrativos como agendar consultas e etc.	<u>Assistentes nível I</u> Coletar informações do paciente; Esterilizar instrumentos; Preparar materiais dentários e cimentos; Auxiliar nos procedimentos odontológicos; Processar radiografias; Auxiliar na moldagem de gesso; Instruir o paciente; Realizar serviços administrativos como agendar consultas e etc. <u>Assistente nível II</u> Radiografia dental; Polimento mecânico; Colocação e remoção de barragens de borracha; Tirar impressão dos dentes para moldagem; Aplicar agentes tópicos contra cáries; Aplicar anestésicos tópicos, agentes de dessensibilização e branqueamento; Aplicar selantes. <u>Atividades autorizadas em pelo menos uma província:</u> Retirar sutura; Preparo cavitário; Polir amálgamas; Colocar e finalizar restaurações de amálgama; Colocar e retirar fio de retração; Fabricar cimento e remover coroas provisórias; Restauração temporária; Retirar placas gengivais; Aplicar agentes antimicrobianos; Retirar curativos; Screening periodontal; Fabricar protetores bucais; Fabricar aro oclusal; Avaliar e reportar a saúde bucal do paciente.	Fornecer avaliação de saúde oral, diagnóstico, tratamento, gestão e serviços preventivos para crianças, adolescentes e adultos jovens Realizam diagnóstico, inclusive radiográfico, preparação cavitária e restauração de cárie, pulpotomia, extração de dente decíduo, terapias preventivas como selante e fluorados. preenchimento; cuidados adicionais por via oral; promoção da saúde oral; auxiliar no tratamento ortodôntico.

	Estados Unidos	Canadá	Austrália
Remuneração	$34,500	CAD 38.000	AU 36.000
Fontes	*American Dental Association (2015)* *Bureau of Labor Statistics (2015)* *United States Department of Labor (2015)*	*Canadian Dental Assistant Association (2015)*	*National Advisory Council on Dental Health (2015)* http://www.dentalboard.gov.au/Codes-Guidelines/FAQ.aspx

Referências bibliográficas

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BEAZOGLOU TJ, BAILIT HL, DEVITTO J, MCGOWAN T, MYNE-JOSLIN V. Impact of dental therapists on productivity and finances: II. Federally Qualified Health Centers. J Dent Educ. 2012 Aug;76(8):1068-76. PubMed PMID: 22855593.

BEAZOGLOU TJ, LAZAR VF, GUAY AH, HEFFLEY DR, BAILIT HL. Dental therapists in general dental practices: an economic evaluation. **J Dent Educ**. 2012 Aug;76(8):1082-91.

BEGLEY, C. *et al*. Policy-makers' views on impact of specialist and advanced practitioner roles in Ireland: the SCAPE study. **Journal of nursing management**, v. 22, n. 4, p. 410-422, 2014.

BUCHAN, J. *et al*. Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 38-46, 2013.

CALLAGHAN, M.; FORD, N.; SCHNEIDER, H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. **Hum Resour Health** 8 (2010): 8-16. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/8 >. Acesso em: 02 fev. 2016.

CAWLEY, J.F.; CAWTHON, E.; HOOKER, R.S. (2012). Origins of the physician movement in the United States. **JAAPA**, 25(12), 36-40, 42.

CANADIAN FEDERATION OF NURSES UNION. **Overview of Key Nursing Contract Provisions**. Disponível em: <https://nursesunions.ca/sites/default/files/2015-10-31_contract_comparison.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

COLDIRON, B.; RATNARATHORN, M. Scope of physician procedures independently billed by mid-level providers in the office setting. **JAMA Dermatol,** v. 150, n. 11, p. 1153-9, Nov 2014.

DUNN, SV. *et al.* **Nurse practitioner prescribing practice in Australia**. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Mar;22(3):150-5. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00484.x.

EDGINGTON, E.; PIMLOTT, J. Public attitudes of independent dental hygiene practice. **J Dent Hyg,** v. 74, n. 4, p. 261-70, Fall 2000. ISSN 1043-254X (Print) 1043-254x.

FERNANDEZ, R. S. *et al*. Administration of medications by enrolled nurses: perceptions of metropolitan and non-metropolitan registered nurses and nursing unit managers. **Contemp Nurse,** v. 27, n. 2, p. 237-45, Feb 2008. ISSN 1037-6178 (Print) 1037-6178.

GIBSON-HOWELL, J. C.; HICKS, M. Dental hygienists' role in patient assessments and clinical examinations in U.S. dental practices: a review of the literature. **J Allied Health,** v. 39, n. 1, p. e1-6, Spring 2010. ISSN 0090-7421.

HALCOMB, E. J. *et al*. The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. **BMC Fam Pract,** v. 15, p. 52, 2014. ISSN 1471-2296.

HEALTH WORKFORCE AUSTRÁLIA. Consumer narrative survey on prescribing experiences. 2012. Disponível em: < http://www.hwa.gov.au/sites/uploads/Attachment-C-Consumer-Narrative-Survey-Report.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

HOPCRAFT, M. *et al*. Attitudes of the Victorian oral health workforce to the employment and scope of practice of dental hygienists. **Aust Dent J,** v. 53, n. 1, p. 67-73, Mar 2008. ISSN 0045-0421 (Print) 0045-0421.

HOOKER R. S.; HOGAN K.; LEEKER E. The Globalization of the Physician Assistant Profession. **Journal of Physician Assistant Education** 2007;18(3):76-85

HORROCKS, S.; ANDERSON, E.; SALISBURY, C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. **Bmj**, v. 324, n. 7341, p. 819-823, 2002.

ILEY, K. Occupational changes in nursing: the situation of enrolled nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 45: 360–370, 2004. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02919.x

JOHNSON, P. M. International profiles of dental hygiene 1987 to 1998: a 19-nation comparative study. **Int Dent J,** v. 51, n. 4, p. 313-24, Aug 2001. ISSN 0020-6539 (Print) 0020-6539.

_____. International profiles of dental hygiene 1987 to 2001: a 19-nation comparative study. **Int Dent J,** v. 53, n. 5, p. 299-313, Oct 2003. ISSN 0020-6539 (Print) 0020-6539.

_____. International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study. **Int Dent J,** v. 59, n. 2, p. 63-77; quiz 62, Apr 2009. ISSN 0020-6539 (Print) 0020-6539.

KUETHE, M. C. *et al*. **Nurse versus physician-led care for the management of asthma**. Cochrane Database of Systematic Reviews: John Wiley & Sons, Ltd 2013.

LINDEKE, L.; JUKKALA, A.; TANNER, M. Perceived barriers to nurse practitioner practice in rural settings. **J Rural Health.** 2005 Spring;21(2):178-81.

MCEWAN, B. Defining the scope of practice of enrolled nurses in medication administration in Australia: a review of the legislation. **Collegian,** v. 15, n. 3, p. 93-101, 2008. ISSN 1322-7696 (Print) 1322-7696.

MILLER, M. *et al*. **The potential role of Physician Assistants in the Australian context**. 2011.

MERKLE, F. *et al*. The physician assistant: Shifting the Paradigm of European medical practice? **HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth**. 2011;3(4):255-62.

MYERS, J. B. *et al.* Perceptions of kansas extended care permit dental hygienists' impact on dental care. **J Dent Hyg,** v. 88, n. 6, p. 364-72, Dec 2014. ISSN 1043-254x.

NANKERVIS, K.; KENNY, A.; BISH, M. Enhancing scope of practice for the second level nurse: a change process to meet growing demand for rural health services. **Contemp Nurse,** v. 29, n. 2, p. 159-73, Jun 2008. ISSN 1037-6178 (Print) 1037-6178.

NATIONAL PHYSICIAN SURVEY (NPS) .2007. Disponível em: < http://nationalphysiciansurvey.ca/surveys/2007-survey >. Acesso em: 02 fev. 2016.

PHILLIPPI, J. C.; BARGER, M. K. Midwives as Primary Care Providers for Women. **J Midwifery Womens Health**, May 7 2015. ISSN 1526-9523.

PONTE, P.R.; O'NEILL, K. Hiring into advanced practice positions: the nurse practitioner versus physician assistants debate. **J Nurs Adm**. 2013 Jun;43(6):329-35. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182942c73.

POST, J. J.; STOLTENBERG, J. L. Use of restorative procedures by allied dental health professionals in Minnesota. **J Am Dent Assoc,** v. 145, n. 10, p. 1044-50, Oct 2014. ISSN 0002-8177.

PULCINI, J. *et al*. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. **J Nurs Scholarsh,** v. 42, n. 1, p. 31-9, Mar 2010. ISSN 1527-6546.

WAND, T.; WHITE, K. Progression of the mental health nurse practitioner role in Australia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 14: 644-51, june,2007.

WHO - World Health Organization: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention .***Global recommendations***. Geneva, 2010.

WONG, S. T.; FARRALLY, V. **The utilization of nurse practitioners and physician assistants:** a research synthesis. Prepared for the Michael Smith Foundation for Health Research. 2013. Disponível em: <http://www.msfhr.org/utilization-nurse-practitioners-and-physician-assistants >. Acesso em: 02 fev. 2016.

SATUR, J. *et al*. Patterns of dental therapists' scope of practice and employment in Victoria, Australia. **J Dent Educ,** v. 73, n. 3, p. 416-25, Mar 2009. ISSN 0022-0337.

SHILLING, D. L.; HODNICKI, D. APRN prescribing in Georgia: An evolving environment. **J Am Assoc Nurse Pract**, Dec 29 2014. ISSN 2327-6886.

SLADE, S.; BUSING, N. Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997/98 National Family Physician Survey of the College of Family Physicians of Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 166, n. 11, p. 1407-1411, 2002.

SUMMERFELT, F. F. Teledentistry-assisted, affiliated practice for dental hygienists: an innovative oral health workforce model. **J Dent Educ,** v. 75, n. 6, p. 733-42, Jun 2011. ISSN 0022-0337.

THE PHYSICIANS FOUNDATION. 2014. Disponível em: < http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/2014_Physicians_Foundation_Biennial_Physician_Survey_Report.pdf >. Acesso em: 02 fev. 2016.

WILER, J. L.; GINDE, A. A. State laws governing physician assistant practice in the United States and the impact on emergency medicine. **J Emerg Med,** v. 48, n. 2, p. e49-58, Feb 2015. ISSN 0736-4679 (Print)
0736-4679.

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Regulação do Trabalho das Profissões de Saúde

Volume VIII

Escopo de Prática das Profissões de Saúde Regulamentadas e Não regulamentadas no Brasil

Março de 2017

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 em Saúde - EPSM

Escopo de Prática das Profissões de Saúde Regulamentadas e Não regulamentadas, no Brasil

Relatório Final

Belo Horizonte

Março de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários

Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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

Equipe da pesquisa

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5
PROFISSÕES DE SAÚDE REGULAMENTADAS NO BRASIL 6
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS 7
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 8
ASSISTENTE SOCIAL 10
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL 13
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL 15
BIÓLOGO 17
BIOMÉDICO 19
CIRURGIÃO DENTISTA 21
EDUCAÇÃO FÍSICA 23
ENFERMEIRO 25
TÉCNICO DE ENFERMAGEM 28
AUXILIAR DE ENFERMAGEM 30
FARMACÊUTICOS 32
FISIOTERAPEUTA 35
TERAPEUTA OCUPACIONAL 37
FONOAUDIÓLOGO 39
MÉDICOS 41
MEDICINA VETERINÁRIA 44
NUTRICIONISTA 47
PSICÓLOGOS 50
QUÍMICOS 52
TÉCNICOS QUÍMICOS 54
TÉCNICO EM RADIOLOGIA 56
TÉCNICO DE PRÓTESE DENTÁRIA 58
PROFISSÕES DE SAÚDE NÃO REGULAMENTADAS NO BRASIL 60
CABELEIREIRO; BARBEIRO, AUXILIAR DE CABELEIREIRO, MANICURO, PEDICURE E MAQUIADOR. 61
ESTETICISTA; TÉCNICO EM ESTÉTICA, TERAPEUTA ESTETICISTA 63
INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO 66
PARTEIRA TRADICIONAL 68
PERFUSIONISTA 70
PODÓLOGOS 73
QUIROPRAXISTA OU QUIROPRÁTICO 75
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA 77

APRESENTAÇÃO

Esse documento contém o levantamento da regulação e dos escopos de prática das ocupações e profissões de saúde regulamentadas e não regulamentadas no Brasil, de nível médio e superior, proposto na pesquisa de "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde", realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Este trabalho se insere na Meta II da pesquisa, que visa "Identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas das diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde".

O documento contém informações acerca das atribuições e requisitos segundos a Lei de exercício e requisitos de formação do Ministério de Educação – MEC das profissões regulamentadas; e atribuições e requisitos de formação segundo os Projetos de Lei das profissões ainda não regulamentadas no Brasil.

PROFISSÕES DE SAÚDE REGULAMENTADAS NO BRASIL

As profissões de saúde regulamentadas no Brasil são:

Agente de Combate a Endemias; Agente Comunitário de Saúde; Assistente Social; Auxiliar em Saúde Bucal; Auxiliar de Enfermagem; Biólogo; Biomédico; Cirurgião Dentista; Educação Física; Enfermeiro; Farmacêuticos; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Medicina; Medicina Veterinária; Nutricionista; Psicólogos; Químicos; Técnicos Químicos; Técnico em Radiologia; Técnico em Enfermagem; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Prótese Dentária; Terapeuta Ocupacional.

AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Agente de Combate às Endemias	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de exercício: **Lei Nº 11.350, De 5 de Outubro de 2006.**

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. Exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Requisitos de Exercício segundo a Lei de Exercício:

I. Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
II. Haver concluído o ensino fundamental.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 240 horas.
II. Escolaridade mínima de ensino fundamental completo

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Agente de Comunitário de Saúde	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício: Lei nº 11.350, De 5 de Outubro de 2006.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

Exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas; em especial são consideradas atividades dos Agentes Comunitários de Saúde:

I. A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
II. A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
III. O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
IV. O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
V. A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
VI. A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Requisitos de Exercício segundo a Lei de Exercício:

I. Residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
II. Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
III. Haver concluído o ensino fundamental

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 400 horas
II. Escolaridade mínima: Ensino Fundamental Completo

ASSISTENTE SOCIAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Assistente Social	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Bacharelado	
Nível de Formação	Superior	

Lei de Exercício: Lei nº 8.662, De 7 de Junho de 1993.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei nº 8.662, De 7 de Junho de 1993.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II. elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III. encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV. orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

V. planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VI. planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
VII. prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
VIII. prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais,
IX. planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
X. realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Atribuições privativas segundo a Lei de Exercício:

I. coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
II. planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
III. assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
IV. realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
V. assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
VI. treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
VII. dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
VIII. dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
IX. elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X. coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
XI. fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
XII. dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
XIII. ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de bacharel em curso de graduação em serviço social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no país, devidamente registrado no órgão competente;
II. Documentos de identificação pessoal
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional de Serviço Social

TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnicos em Saúde Bucal	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício Nº 11.889, De 24 de Dezembro de 2008.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

O Técnico em Saúde Bucal está obrigado a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
II. participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
III. participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
IV. ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;

V. fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
VI. supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
VII. realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
VIII. inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
IX. proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
X. remover suturas;
XI. aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
XII. realizar isolamento do campo operatório;
XIII. exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1.200 horas
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo

AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar em Saúde Bucal	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício Nº 11.889, De 24 de Dezembro de 2008.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

- O Técnico em Saúde Bucal está obrigado a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Organizar e executar atividades de higiene bucal;
II. Processar filme radiográfico;
III. Preparar o paciente para o atendimento;
IV. Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
V. Manipular materiais de uso odontológico;
VI. Selecionar moldeiras;
VII. Preparar modelos em gesso;

VIII. Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
IX. Executar limpeza, assepsia, desinfeção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
X. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
XI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
XII. Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
XIII. Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e
XIV. Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 300 horas
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

BIÓLOGO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Biólogo	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Lei de Exercício Nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979

Lei do Conselho de Fiscalização de Exercício Nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Formular e elaborar estudo, projeto ou pesquisa científica básica e aplicada, nos vários setores da Biologia ou a ela ligados, bem como os que se relacionem à preservação, saneamento e melhoramento do meio ambiente, executando direta ou indiretamente as atividades resultantes desses trabalhos;

II. Orientar, dirigir, assessorar e prestar consultoria a empresas, fundações, sociedades e associações de classe, entidades autárquicas, privadas ou do poder público, no âmbito de sua especialidade;

III. Realizar perícias e emitir e assinar laudos técnicos e pareceres de acordo com o currículo efetivamente realizado.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação devidamente registrado no MEC ou por delegação de competência a estabelecimento de ensino ou diploma expedido por instituição estrangeira de ensino superior.
II. Documentos de identificação pessoal.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

BIOMÉDICO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Biomédico	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício: Lei Nº 6.684, De 3 De Setembro De 1979 E Decreto Nº 88.439, De 28 De Junho De 1983.

Lei do Conselho de Fiscalização de Exercício: Decreto Nº 88.439, De 28 De Junho De 1983.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

- atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnósticos; em especial:

I. realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente;
II. realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;
III. atuar, sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;
IV. planejar e executar pesquisas científicas em instituições públicas e privadas, na área de sua especialidade profissional.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação e histórico universitário emitido por instituição de ensino superior devidamente registrada no MEC
II. Documentos de identificação pessoal.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

CIRURGIÃO DENTISTA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Cirurgião Dentista	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício: Lei Nº 5.081, De 24 de Agosto de 1966.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
II. prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
III. atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros;
IV. proceder à perícia odonto-legal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
V. aplicar anestesia local e truncular;
VI. empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;
VII. manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos

específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;

VIII. prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

IX. utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;

II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 mil horas;

III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;

IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação e histórico universitário emitido por instituição de ensino superior devidamente registrada no MEC

II. Documentos de identificação pessoal.

III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

EDUCAÇÃO FÍSICA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Profissionais da Educação Física	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Lei de Exercício: Lei Nº 9.696, De 1 de Setembro de 1998.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei Nº 9.696, De 1 de Setembro de 1998.

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, nas áreas de atividades físicas e do desporto.

II. bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, nas áreas de atividades físicas e do desporto.

III. elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Educação Física, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Possuir diploma em Educação Física expedido por instituição de ensino superior estrangeira, revalidado na forma da legislação em vigor;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

ENFERMEIRO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Enfermeiro	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

Atribuições Segundo a Lei de Exercício:

Privativas:

I. Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
II. Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
III. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
IV. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
V. Consulta de enfermagem;
VI. Prescrição da assistência de enfermagem;
VII. Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

VIII. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Como integrante da equipe de saúde:

I. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
II. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
III. Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
IV. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
V. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
VI. Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
VII. Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
VIII. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
IX. Execução do parto sem distocia;
X. Educação visando à melhoria de saúde da população.

Aos titulares do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica:

I. Assistência à parturiente e ao parto normal;
II. Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
III. Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos correspondentes a 20% da carga horária total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico de Enfermagem	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

A fiscalização do exercício desta profissão fica a cargo dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, devendo os profissionais estar devidamente cadastrados no Conselho Regional para que possa exercer a profissão.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Participar da programação da assistência de enfermagem;
II. Executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
III. Participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
IV. Participar da equipe de saúde.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Técnico de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar de Enfermagem	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

A fiscalização do exercício desta profissão fica a cargo dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, devendo os profissionais estar devidamente cadastrados no Conselho Regional para que possa exercer a profissão.

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
II. Executar ações de tratamento simples;
III. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
IV. participar da equipe de saúde.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Atualmente encontra-se extinto o curso de Auxiliar de Enfermagem, não ocorrendo, portanto, a formação profissional nesta categoria.

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Auxiliar de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

FARMACÊUTICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Farmacêutico	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto que regula o exercício da profissão: nº 85.878, De 7 de Abril de 1981.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício *Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960*

Atribuições segundo o Decreto regulatório do exercício:

Atribuições Privativas:

I. desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopeias, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;
II. assessoramento e responsabilidade técnica em:

   a. estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações e/ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica;
   b. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de

controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica;

c. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se pratiquem extração, purificação, controle de qualidade, inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de insumos farmacêuticos de origem vegetal, animal e mineral;
d. depósitos de produtos farmacêuticos de qualquer natureza;

III. a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

Atribuições não privativas:

I. a direção, o assessoramento, a responsabilidade técnica e o desempenho de funções especializadas exercidas em:

a. órgãos, empresas, estabelecimentos, laboratórios ou setores em que se preparem ou fabriquem produtos biológicos, imunoterápicos, soros, vacinas, alérgenos, opoterápicos para uso humano e veterinário, bem como de derivados do sangue;
b. órgãos ou laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública ou seus departamentos especializados;
c. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos farmacêuticos para uso veterinário;
d. estabelecimentos industriais em que se fabriquem insumos farmacêuticos para uso humano ou veterinário e insumos para produtos dietéticos e cosméticos com indicação terapêutica;
e. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos saneantes, inseticidas, raticidas, antissépticos e desinfetantes;
f. estabelecimentos industriais ou instituições governamentais onde sejam produzidos radioisótopos ou radiofármacos para uso em diagnóstico e terapêutica;

g. estabelecimentos industriais, instituições governamentais ou laboratórios especializados em que se fabriquem conjuntos de reativos ou de reagentes destinados às diferentes análises auxiliares do diagnóstico médico;
h. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos cosméticos sem indicação terapêutica e produtos dietéticos e alimentares;
i. órgãos, laboratórios ou estabelecimentos em que se pratiquem exames de caráter químico-toxicológico, químico-bromatológico, químico-farmacêutico, biológicos, microbiológicos, fitoquímicos e sanitários;
j. controle, pesquisa e perícia da poluição atmosférica e tratamento dos despejos industriais.

II. tratamento e controle de qualidade das águas de consumo humano, de indústria farmacêutica, de piscinas, praias e balneários, salvo se necessário o emprego de reações químicas controladas ou operações unitárias;
III. vistoria, perícia, avaliação, arbitramento e serviços técnicos, elaboração de pareceres, laudos e atestados do âmbito das atribuições respectivas.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 150 horas;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Farmácia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

FISIOTERAPEUTA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fisioterapeuta	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão: nº 938, De 13 de Outubro de 1969.

Lei do conselho de fiscalização do exercício nº 6.316 - de 17 de dezembro de 1975

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

I. Executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do ciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 900 horas;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Fisioterapia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fisioterapeutas	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão: nº 938, De 13 de Outubro de 1969.

Lei do conselho de fiscalização do exercício nº 6.316 - de 17 de dezembro de 1975

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

I. Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

VI. Ensino Médio completo;
VII. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;
VIII. Cumprir Atividades Complementares;
IX. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% de toda a carga horária do curso;
X. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

V. Possuir diploma obtido em curso de Terapia Ocupacional, oficialmente autorizado ou reconhecido;
VI. Apresentação de documentos pessoais;
VII. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
VIII. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

FONOAUDIÓLOGO

Leis que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 6.965, De 9 De Dezembro

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fonoaudiólogos	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

De 1981 e Decreto Lei nº 87218/81

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 6.965, De 9 De Dezembro De 1981

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;
II. Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;
III. Realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
IV. Realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;
V. Colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;
VI. Projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autarquias e mistas;
VII. Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;

VIII. Dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;
IX. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;
X. Assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;
XI. Participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;
XII. Dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;
XIII. Realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.
XIV. Ao Fonoaudiólogo é permitido, ainda, o exercício de atividades vinculadas às técnicas psicomotoras, quando destinadas à correção de distúrbios auditivos ou de linguagem, efetivamente realizado.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Fonoaudiologia oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Fonoaudiologia ao qual deseja estar filiado.

MÉDICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Médicos	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 12.842 de 10 de julho de 2013.

Lei do Conselho de fiscalização do exercício nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Atribuições privativas segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
II. Indicação da execução e execução de procedimentos invasivos sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
III. Intubação traqueal;
IV. Coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
V. Execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VI. Emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
VII. Determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
VIII. Indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
IX. Realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
X. Atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
XI. Atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.
XII. perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;
XIII. III - ensino de disciplinas especificamente médicas;
XIV. IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

São procedimentos invasivos, para efeitos da lei de exercício, as seguintes situações:

I. Invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 7200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares
IV. Estágios Supervisionados devidos, com carga horária mínima correspondente a 35% da carga completa do curso; sendo 30% no SUS.
V. Aprovação com aproveitamento dos devidos Internatos Médicos curriculares.

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Medicina ao qual deseja estar filiado.

MEDICINA VETERINÁRIA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Médico Veterinário	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Leis que regulam o exercício da profissão: Lei nº 5.517, De 23 de Outubro de 1968 e Decreto Nº 64.704, De 17 de Junho de 1969.

Lei do Conselho de Fiscalização Profissional nº 5.517, De 23 de Outubro de 1968

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

Atribuições privativas:

I. a prática da clínica em tôdas as suas modalidades;
II. a direção dos hospitais para animais;
III. a assistência técnica e sanitária aos animais sob qualquer forma;
IV. o planejamento e a execução da defesa sanitária animal;
V. a direção técnica sanitária dos estabelecimentos industriais e, sempre que possível, dos comerciais ou de finalidades recreativas, desportivas ou de proteção onde estejam, permanentemente, em exposição, em serviço ou para qualquer outro fim animais ou produtos de sua origem;
VI. a inspeção e a fiscalização sob o ponto-de-vista sanitário, higiênico e tecnológico dos matadouros, frigoríficos, fábricas de conservas de carne e de pescado, fábricas de banha e gorduras em que se empregam produtos de

origem animal, usinas e fábricas de lacticínios, entrepostos de carne, leite peixe, ovos, mel, cêra e demais derivados da indústria pecuária e, de um modo geral, quando possível, de todos os produtos de origem animal nos locais de produção, manipulação, armazenagem e comercialização;

VII. a peritagem sôbre animais, identificação, defeitos, vícios, doenças, acidentes, e exames técnicos em questões judiciais;

VIII. as perícias, os exames e as pesquisas reveladores de fraudes ou operação dolosa nos animais inscritos nas competições desportivas ou nas exposições pecuárias;

IX. o ensino, a direção, o contrôle e a orientação dos serviços de inseminação artificial;

X. a regência de cadeiras ou disciplinas especìficamente médico-veterinárias, bem como a direção das respectivas seções e laboratórios;

XI. a direção e a fiscalização do ensino da medicina-veterinária, bem, como do ensino agrícola-médio, nos estabelecimentos em que a natureza dos trabalhos tenha por objetivo exclusivo a indústria animal;

Atribuições não privativas:

I. as pesquisas, o planejamento, a direção técnica, o fomento, a orientação e a execução dos trabalhos de qualquer natureza relativos à produção animal e às indústrias derivadas, inclusive as de caça e pesca;

II. o estudo e a aplicação de medidas de saúde pública no tocante às doenças de animais transmissíveis ao homem;

III. a avaliação e peritagem relativas aos animais para fins administrativos de crédito e de seguro;

IV. a padronização e a classificação dos produtos de origem animal;

V. a responsabilidade pelas fórmulas e preparação de rações para animais e a sua fiscalização;

VI. a participação nos exames dos animais para efeito de inscrição nas Sociedades de Registros Genealógicos;

VII. os exames periciais tecnológicos e sanitários dos subprodutos da indústria animal;

VIII. as pesquisas e trabalhos ligados à biologia geral, à zoologia, à zootecnia bem como à bromatologia animal em especial;
IX. a defesa da fauna, especialmente o contrôle da exploração das espécies animais silvestres, bem como dos seus produtos;
X. os estudos e a organização de trabalhos sôbre economia e estatística ligados à profissão;
XI. a organização da educação rural relativa à pecuária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 10% da carga total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina Veterinária oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Nutrição ao qual deseja estar filiado.

NUTRICIONISTA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Nutricionista	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício nº 8.234, De 17 De Setembro De 1991.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 6.583, DE 20 de Outubro de 1978.

Atribuições segundo a Lei que regula o exercício da profissão:

Atribuições privativas:

I. direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
II. planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
III. planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
IV. ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
V. ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
VI. auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
VII. assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;

VIII. assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Atribuições não privativas:

I. elaboração de informes técnico-científicos;
II. gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
III. assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
IV. controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
V. atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
VI. estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
VII. prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;
VIII. solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;
IX. participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;
X. análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;
XI. participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Nutrição oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Nutrição ao qual deseja estar filiado.

PSICÓLOGOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Psicólogos e Psicanalistas	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 4.119, De 27 de Agosto de 1962 e Decreto Nº 53.464, de 21 de Janeiro de 1964.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional: Lei nº 5.766/71

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício da profissão:

I. Métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:
   a. diagnóstico psicológico;
   b. orientação e seleção profissional;
   c. orientação psicopedagógica;
   d. solução de problemas de ajustamento.

II. Colaborar em assuntos psicológicos ligados a outras ciências

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas na modalidade bacharelado;
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4800 horas na modalidade licenciatura;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Psicologia oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Psicologia ao qual deseja estar filiado.

QUÍMICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Químico	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: Lei N.º 2.800, de 18 de Junho DE 1956 e Decreto Nº 85.877, De 07 de Abril de 1981.

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 2.800, de 18 de Junho.

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulamentam o exercício da profissão:

I. Realizar análises e pesquisas químicas em geral.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 2400 horas na modalidade bacharelado;
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 2800 horas na modalidade licenciatura;
IV. Cumprir Atividades Complementares;

V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Química oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Química ao qual deseja estar filiado.

TÉCNICOS QUÍMICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnicos Químicos	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: Lei N.º 2.800, de 18 de Junho DE 1956 e Decreto Nº 85.877, De 07 de Abril de 1981.

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 2.800, de 18 de Junho.

- Os Técnicos Químicos estão obrigados a se registrar nos Conselhos Regionais de Química de cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo a Lei o Decreto que regulam o exercício:

I. Análises químicas aplicadas à indústria;
II. Aplicação de processos de tecnologia química na fabricação de produtos, subprodutos e derivados, observada a especialização do respectivo diploma;
III. Responsabilidade técnica, em virtude de necessidades locais e a critérios do Conselho Regional de Química da jurisdição, de fábrica de pequena capacidade que se enquadre dentro da respectiva competência e especialização.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Técnico Químico, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Química ao qual deseja estar filiado.

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico em Radiologia	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: nº 7.394, De 29 de Outubro de 1985 e Decreto Nº 92.790, De 17 de Junho de 1986.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional nº 7.394, De 29 de Outubro de 1985.

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Executar técnicas radiológicas, no setor de diagnóstico;
II. Executar técnicas radioterápicas, no setor de terapia;
III. Executar técnicas radioisotópicas, no setor de radioisótopos;
IV. Executar técnicas no setor industrial;
V. Executar técnicas de medicina nuclear.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Técnico em Radiologia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ao qual deseja estar filiado.

TÉCNICO DE PRÓTESE DENTÁRIA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar de Prótese Dentária	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Normas que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 6.710, de 05 de novembro de 1979; Decreto 87.689, de 11 de outubro de 1982; e Resolução CFO 63/2005.

- Os Técnicos em Prótese Dentária estão obrigados a se registrar nos Conselhos Regionais de Odontologia de cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo as normas que regulam o exercício (sob supervisão do dentista):

I. Executar a parte mecânica dos trabalhos odontológicos;
II. Ser responsável, perante o serviço de fiscalização respectivo, pelo cumprimento das disposições legais que regem a matéria;

III. Ser responsável pelo treinamento de auxiliares e serventes do laboratório de prótese odontológica.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

III. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
IV. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

V. Possuir diploma obtido em curso de Técnico em Radiologia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
VI. Apresentação de documentos pessoais.
VII. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
VIII. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ao qual deseja estar filiado.

PROFISSÕES DE SAÚDE NÃO REGULAMENTADAS NO BRASIL

As profissões de saúde não regulamentadas no Brasil são: Cabeleireiro; barbeiro, auxiliar de cabeleireiro, manicuro, pedicure e maquiador; Esteticista; Técnico em estética, Terapeuta esteticista; Instrumentador cirúrgico; Parteira tradicional; Perfusionista; Podólogos; Quiropraxista ou quiroprático; Técnico em nutrição e dietética.

CABELEIREIRO; BARBEIRO, AUXILIAR DE CABELEIREIRO, MANICURO, PEDICURE E MAQUIADOR.

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Cabeleireiro; Barbeiro, Auxiliar De Cabeleireiro, Manicure, Pedicure, Maquiador	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Projetos de lei em tramitação

PL 4771/2009 - Regulamenta a atividade de cabeleireiro profissional autônomo e atividades como barbeiro, auxiliar de cabeleireiro, manicure, pedicure, esteticista, maquiador e depilador.

PL 6116/2009 - Dispõe sobre o exercício da profissão de cabeleireiro.

Atribuições segundo o Projeto de Lei (6116/2009)

I. Corte e penteados de cabelo;
II. Coloração;
III. Tratamento capilar com utilização de produtos químicos;
IV. Utilização de fundamentos das artes visuais na criação da imagem pessoal;
V. Implantes capilares não cirúrgicos;
VI. Terapias capilares

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei (6116/2009):

I. Portadores de diploma de curso de habilitação, fornecido por instituições de ensino reconhecidas por lei;
II. Portadores de diplomas de habilitação, fornecidos por instituição de ensino estrangeira, revalidados nos termos da lei;
III. Que estejam no exercício da profissão há mais de um ano, na data da publicação desta lei.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

V. Curso com carga horária mínima de 800 horas;
VI. Escolaridade mínima: Ensino Fundamental Incompleto;
VII. 1 (um) ano de experiência.

ESTETICISTA; TÉCNICO EM ESTÉTICA, TERAPEUTA ESTETICISTA

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Esteticista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Tecnólogo	
Nível de Formação	Tecnológico	

(TECNÓLOGO EM ESTÉTICA)

Projetos de lei em tramitação:

PL 7933/2014 - Dispõem sobre a regulamentação da profissão de esteticista, técnico em estética, terapeuta esteticista (tecnólogo em estética) e dermo-esteticista (Bacharel em Estética) e da outras providências.

PL 998/2003 - Dispõe sobre a Regulamentação da profissão de Esteticista.

PL 959/2003 - Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Técnico de Estética e de Terapeuta Esteticista.

PL 5230/2013 - Acrescenta dispositivos à Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2.012, para dispor sobre a regulamentação e base de tributação do "salão-parceiro" e do "profissional-parceiro".

Atribuições segundo o Projeto de Lei (7933/2014):

Compete ao Técnico de Estética

I. Análise e anamnese da pele;
II. Limpeza de pele profunda;
III. Tratamento de acne simples com técnicas cosméticas;

IV. Tratamento de manchas superficiais de pele;

V. Procedimentos pré e pós cirúrgicos como drenagem linfática, eletroterapia facial, massagens relaxantes e aplicação da cosmetologia apropriada;

VI. Auxílio ao médico dermatologista e cirurgião plástico nos tratamentos pós procedimentos dermatológicos, bem como pré e pós operatórios em cirurgia plástica;

VII. Auxílio aos setores de dermatologia em ambulatórios hospitalares dos centros de tratamento de queimaduras na recuperação de pacientes queimados;

VIII. Esfoliação corporal, bandagens, massagens cosméticas, banhos aromáticos e descoloração de pêlos;

IX. Drenagem linfática corporal;

X. Massagem mecânica, vacuoterapia;

XI. Eletroterapia geral para fins estéticos;

XII. Depilação eletrônica;

Compete ao Tecnólogo em Estética – Terapeuta esteticista

I. A direção, a coordenação, a supervisão e o ensino de disciplinas relativas à Estética Facial e Corporal; I

II. O treinamento institucional nas atividades de ensino e de pesquisa na área de Estética Facial e Corporal;

III. A auditoria, a consultoria e a assessoria sobre cosméticos e equipamentos específicos de estética;

IV. O gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos cosméticos e serviços correlacionados à Estética;

V. A elaboração de informes, de pareceres técnicos científicos, de estudos, de trabalhos e de pesquisas mercadológicas ou experimentais relativos à Estética e à 8 Cosmetologia;

VI. A atuação em equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde quanto aos procedimentos de dermatologia e de cirurgia plástica.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 2400 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Instrumentador Cirúrgico	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Projetos de lei em tramitação:

PL 642/2007 – PLC 75/2014 - Dispõe sobre a Regulamentação da profissão de Instrumentador Cirúrgico.

Atribuições segundo o Projeto de Lei (642/2007):

I. Ordenar e controlar o instrumental cirúrgico;
II. Preparar o instrumental a ser utilizado nas cirurgias;
III. Selecionar e apresentar os instrumentos aos Médico cirurgião e auxiliares, durante as intervenções cirúrgica;
IV. Efetuar assepsia dos materiais cirúrgicos;
V. Preparar e desmontar as mesas para as cirurgias;
VI. Guardar o material cirúrgico.

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei (642/2007):

I. Os que tenham concluído curso específico de Instrumentação Cirúrgica, ministrado por escola oficial ou reconhecida pelo Governo Federal;

II. Os que tenham concluído curso de Instrumentação Cirúrgica ministrado por escola estrangeira reconhecida em seu país e que revalidem o diploma no Brasil;

III. Os que, na data da entrada em vigor desta Lei, tenham exercido, comprovadamente , por no mínimo 02 (dois) anos, a função de instrumentador Cirúrgico;

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Formação completa em curso de Técnico em Enfermagem (1200h)

II. Curso com carga horária mínima de 80 horas;

III. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto;

PARTEIRA TRADICIONAL

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Parteira Leiga	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC		X
Grau Acadêmico		
Nível de Formação		

Projetos de lei em tramitação:

PL 359/2015 - Regulamenta a atividade de parteira tradicional.

Atribuições segundo o Projeto de Lei

I. Assistir a gestante durante o pré-natal;

II. Assistir a gestante durante o parto natural em:

a) domicílios;

b) casas de parto; e

c) maternidades públicas

III. Prestar cuidados à parturiente, à puérpera e ao recémnascido.

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei

I. Conclusão, com aproveitamento, de curso de qualificação básica de parteira tradicional, ministrado pelo Ministério da Saúde ou por secretarias estaduais de saúde;

II. Apresentação de atestado fornecido por entidade de classe da categoria a que esteja filiada, comprovando que a parteira já exercia as atribuições previstas no art. 2º antes da publicação desta lei.

PERFUSIONISTA

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Perfusionista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Pós-Graduado	

Projetos de lei em tramitação:

Pl 1587/2007 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Perfusão Cardiocirculatória e Respiratória

Atribuições segundo o Projeto de Lei

I. O planejamento, a organização e a execução da substituição das funções cardiocirculatórias e respiratórias (circulação extracorpórea; Assistência Circulatória Mecânica), bem como a preservação das funções metabólicas e orgânicas dos pacientes submetidos à cirurgia do coração e grandes vasos, durante o período da realização de operações desse porte, sob orientação da equipe médica;

II. A monitorização dos parâmetros fisiológicos vitais e sua adequação, quando necessária, em operações que necessitem de suporte cardiocirculatório;

III. A preparação e administração (infusão) de soluções cardioplégicas e rinoplégicas (em cirurgias para correção de aneurisma da aorta tóraco-abdominal), sob orientação da equipe médica;

IV. Realizar, interpretar e corrigir os parâmetros laboratoriais durante a circulação extracorpórea, sob orientação médica;

V. Realizar, interpretar e controlar o tempo de coagulação ativada em pacientes heparinizados (durante as cirurgias, bem como à beira do leito, nos casos de ECMO ou assistência ventricular direita ou esquerda); sob orientação médica;

VI. Prever, requisitar e controlar os materiais e equipamentos utilizados nos procedimentos de circulação extracorpórea, especialmente oxigenadores, circuitos, reservatórios, filtros, cânulas e outros acessórios;

VII. Examinar e testar os componentes da máquina coraçãopulmão, realizando o controle de sua manutenção preventiva e corretiva, conservando-a permanentemente em condições de uso;

VIII. Obter informações com a equipe médica sobre a história clínica do paciente; verificação da existência de doenças ou condições que possam interferir na execução ou que requeiram cuidados especiais com a condução da circulação extracorpórea, tais como diabetes, hipertensão arterial, doenças endócrinas, uso de diuréticos, digitálicos e anticoagulantes;

IX. Obter dados biométricos do paciente, como idade, peso, altura e superfície corpórea, para cálculo dos fluxos de sangue, gases, composição e volume dos líquidos do circuito;

X. Calcular as doses de heparina para a anticoagulação sistêmica e de protamina para sua posterior neutralização;

XI. Decidir junto com a equipe médica o tipo de circuito e as cânulas mais adequadas, bem como outros acessórios para serem utilizados durante as perfusões;

XII. Obter do anestesista os parâmetros hemodinâmicos do paciente, desde a indução anestésica, para a adequada manutenção da perfusão durante a operação;

XIII. Sob o comando do cirurgião, executar a circulação do sangue e sua oxigenação extracorpórea monitorando as pressões arteriais e venosas, diurese, tensão dos gases sangüíneos, hematócrito, nível de anticoagulação, promovendo as correções necessárias;

XIV. Induzir o grau de hipotermia sistêmica determinado pelo cirurgião, pelo esfriamento do sangue no circuito do oxigenador, para preservação metabólica do sistema nervoso central e demais sistemas orgânicos, reaquecendo o paciente ao final do procedimento;

XV. Administrar os medicamentos necessários ao paciente, no circuito, sob orientação da equipe médica, como inotrópicos, vasopressores, vasodilatadores, agentes anestésicos e outros;

XVI. Encerrar o procedimento, retornando a ventilação ao anestesista, após o coração reassumir as suas funções, mantendo a volemia do paciente e as condições hemodinâmicas necessárias ao bom funcionamento cárdiorrespiratório;

XVII. Preencher a ficha de perfusão, que contém todos os dados relativos ao procedimento, bem como o balanço hídrico e sangüíneo, para orientação do tratamento pós-operatório;

XVIII. Ministrar, como o mesmo equipamento ou outro, assistência circulatória mecânica temporária, quando necessária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1500 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Superior Completo;

III. Formação completa em curso de Enfermagem ou Fisioterapia ou Biomedicina.

PODÓLOGOS

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Podólogo	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Tecnológico	
Nível de Formação	Tecnólogo	

Projetos de lei em tramitação:

PL 6042/2005 - Dispõe sobre o exercício da profissão de Podólogo e dá outras providências.

Atribuições segundo o Projeto de Lei

I. Prognosticar e tratar as podopatias superficiais dos pés e deformidades podais, utilizando-se de instrumental adequado, medicamentos de uso tópico.
II. Tratar das podopatias com afecções e infecções, alinhar lamina ungueal (onicoectomia), efetuar curativos e atender emergências.
III. Promover proteções e correções podológicas, preparar moldes e modelos para órteses e próteses.
IV. Ouvir e orientar pacientes sobre medidas preventivas, bem como explicar técnica de procedimentos; 1 *705F12E311* 705F1 2E311
V. Responsabilizar-se tecnicamente por consultórios, clínicas, laboratórios de órteses, estabelecimentos e hospitais com ambulatório de Podologia, podendo promover vendas de insumos de uso podológico;
VI. Empreender atividades educativas e orientações na esfera pública e privada, promovendo a melhora podológica da população;

VII. Emitir pareceres técnicos dentro de sua área de atuação.

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei

I. Ser portador de certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;
II. Possuir diploma de habilitação profissional expedido por escolas que ministram cursos de graduação em Podologia conforme orientação da Lei de Diretrizes e Bases vigente.
III. Manter registro nas Secretarias de Estado da Saúde, nos seus respectivos Centros de Vigilância Sanitária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

QUIROPRAXISTA OU QUIROPRÁTICO

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Quiropraxista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Projetos de lei em tramitação:

PL 114/2015 - Regulamenta o exercício da profissão de Quiropraxista

Atribuições segundo o Projeto de Lei

I. Avaliar, planejar e executar o tratamento quiroprático por meio da aplicação de procedimentos específicos da Quiropraxia e terapias complementares com interface;
II. Realizar o diagnóstico quiroprático próprio do seu escopo de prática;
III. Coordenar a área de Quiropraxia integrante da estrutura básica das instituições, empresas e organizações afins;
IV. Realizar consultoria, auditoria e emitir parecer técnico sobre a área de Quiropraxia;
V. Participar do planejamento, da execução e da avaliação dos programas de saúde pública;
VI. Solicitar exames complementares para subsidiar o plano terapêutico quiroprático;
VII. Compor equipes multi e interdisciplinares de saúde, atuando em cooperação com os demais profissionais;

VIII. Encaminhar o paciente para os demais profissionais de saúde, atuando em associação ou colaboração com os mesmos;

IX. Planejar, dirigir ou efetuar pesquisas científicas na área de Quiropraxia, promovidas por instituições públicas ou privadas; 3

X. Coordenar e dirigir cursos de graduação em Quiropraxia em instituições públicas e privadas;

XI. Exercer a docência nas disciplinas de formação específica da área de Quiropraxia;

XII. XII – participar de bancas examinadoras e da elaboração de provas seletivas em concursos para provimento de cargo ou contratação de Quiropraxista;

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei

I. Ao portador de diploma de bacharelado em Quiropraxia conferido por instituição de ensino, reconhecida oficialmente;

II. Ao portador de diploma de Quiropraxia, conferido por instituição de ensino estrangeira devidamente, reconhecido e revalidado no Brasil como diploma de bacharelado em Quiropraxia, na forma da legislação em vigor;

III. Aos profissionais que até a promulgação da presente lei tenham comprovadamente exercido atividades ou funções de Quiropraxista por 2 prazo não inferior a cinco anos e que sejam aprovados em exames de proficiência desenvolvidos e aplicados por órgão competente em tempo determinado para que se enquadrem nessa lei.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 4050 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico em Nutrição e Dietética	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Projetos de lei em tramitação:

PL 5056/2013 - Dispõe sobre a profissão de Técnico em Nutrição e Dietética, regulamenta o seu exercício e dá outras providências.

Atribuições segundo o Projeto de Lei

I. Execução técnica dos trabalhos de sua especialidade;
II. Prestação de assistência técnica no estudo e desenvolvimento de projetos e pesquisas tecnológicas;
III. Prestação de assistência técnica na compra, venda e utilização de produtos e equipamentos especializados;
IV. Orientação e coordenação dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações;
V. Elaboração e execução de projetos compatíveis com a sua formação profissional;
VI. Outras atividades profissionais correlatas à sua área de formação. Art. 4º

Requisitos de Exercício segundo o Projeto de Lei

I. Comprovar a conclusão do ensino médio ou equivalente;

II. Comprovar a conclusão de curso profissionalizante de Técnico em Nutrição e Dietética, ministrado por estabelecimento de ensino oficial ou devidamente reconhecido pelo órgão competente;

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I.Curso com carga horária mínima de 1200 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Volume IX
Entrevistas in loco com gestores, profissionais e usuários do SUS

Março de 2017

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 em Saúde - EPSM

Regulação das Profissões de Saúde –

Relatório de Campo

Belo Horizonte

Março de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários

Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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

Equipe da pesquisa

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Sumário

Apresentação....6
1. Metodologia do campo....7
1.1 Instrumento e público alvo....7
1.2 Seleção dos entrevistados....9
1.3 Caracterização do cenário de campo....9
2. Resultados Campo Barretos....11
2.1 Cenário de estudo....11
Barretos....12
Olímpia....15
Cajobi....17
Bebedouro....20
2.2 Entrevistas....22
Médicos....23
Enfermeiros....26
Dentistas....29
Gestores....33
Usuários....34
2.3 Considerações finais....36
3. Campo Petrolina-Juazeiro....39
3.1 Cenário de estudo....39
Petrolina (PE)....40
Cabrobó (PE)....44
Juazeiro (BA)....47
3.2. Entrevistas....50
Caracterização dos estabelecimentos visitados....50
Médicos....54
Enfermeiros....59
Dentistas....64
Fisioterapeutas....69
Farmacêuticos....72
Psicólogo....76
Gestores....77
3.3. Considerações finais....81
4. Campo Manaus....84
4.1. Cenário de estudo....84
Manaus....85
4.2. Entrevistas....90
Caracterização dos estabelecimentos visitados....90
Médicos....94
Enfermeiros....100
Dentistas....106
Farmacêuticos....111
Psicólogo....115
Nutricionista....117
Gestores de UBS....119

Usuários 123
4.3. Considerações finais 126
5. Campo Cuiabá-Várzea Grande 129
5.1. Cenário de estudo 129
Cuiabá (MT) 130
Várzea Grande (MT) 134
5.2. Entrevistas 137
Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados 137
Médicos 141
Enfermeiros 147
Dentistas 153
Fisioterapeutas 158
Psicólogo 161
Gestores de UBS 163
Usuários 170
5.3. Considerações finais 173
6. Campo Guaíba e Camaquã (RS) 176
6.1. Cenário de estudo 176
Guaíba (RS) 177
Camaquã (RS) 179
6.2. Entrevistas 183
Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados 183
Médicos 185
Enfermeiros 190
Dentistas 198
Gestores UBS 201
Usuários 209
6.3. Considerações finais 212
Apêndice A – Mercado Formal (RAIS) 214
A1 – Barretos (SP) 215
A2 – Olímpia (SP) 219
A3 – Cajobi (SP) 223
A4 – Bebedouro (SP) 227
A5 – Petrolina (PE) 231
A6 – Cabrobó (PE) 235
A7 – Juazeiro (BA) 239
A8 – Manaus (AM) 243
A9 – Cuiabá (MT) 248
A10 – Várzea Grande (MT) 253
A11 - Guaíba (RS) 257
A12 - Camaquã (RS) 261

Apresentação

Este documento apresenta resultados relativos a quatro trabalhos de campos (‘região de saúde Norte e Sul de Barretos (SP)’, ‘Petrolina (PE) e Juazeiro (BA)’, ‘Entorno de Manaus (AM)’ e ‘Baixada Cuiabana (MT))’, propostos na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Este trabalho se insere na Meta II da pesquisa, que visa “Identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas dos diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde”.

Durante os campos foram entrevistados gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), profissionais da Equipe de Saúde da Família – ESF (médicos, enfermeiros e dentistas), profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos) e usuários do Sistema Único de Saúde.

Este relatório contém a descrição da metodologia do trabalho de campo, seguida pelos resultados dos campos que incluem a descrição do cenário do estudo, resultados das entrevistas realizadas e considerações finais.

1. Metodologia do campo

1.1 Instrumento e público alvo

Para investigar o escopo de prática dos profissionais de saúde, bem como a percepção de gestores e de usuários sobre o tema, foram elaborados questionários semiestruturados aplicados por entrevistas face-a-face.

No primeiro campo-piloto, na região de Barretos, o público-alvo abrangia: gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), médicos, enfermeiros, dentistas e usuários de saúde. Para os demais campos acrescentaram-se fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos e, posteriormente, nutricionistas, quando disponíveis.

Como o primeiro campo (Regiões Norte e Sul de Barretos) foi realizado como um pré-teste, alterações nos questionários de médicos, enfermeiros e dentistas foram efetuadas para os demais. Da mesma forma, o segundo campo serviu como pré-teste para os questionários dos profissionais fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos; e o terceiro foi um pré-teste para o questionário de nutricionistas.

De maneira geral os questionários dos profissionais de saúde avaliaram as seguintes dimensões e temas:

- Características do trabalho;
- Grupos de pacientes atendidos;
- Procedimentos e atividades realizadas nas unidades básicas de saúde, sua principal forma de aprendizado e nível de confiança em realizá-los;
- Motivo da não realização, na UBS, dos procedimentos que o profissional sabe fazer, mas não executa;
- Realização de atividades que são de responsabilidade de outro membro da equipe;
- Atividades executadas por médicos especializados que poderiam ser realizadas por médicos da APS [apenas para médicos];
- Atividades executadas por médicos que poderiam ser realizadas por outros profissionais da APS [para enfermeiros e profissionais do NASF];
- Atividades executadas por dentistas especializados que poderiam ser realizadas por dentistas da APS [apenas para dentistas];

- Avaliação do acesso/encaminhamento a serviços especializados;
- Sobrecarga de trabalho ou não, na UBS;
- Tarefas clínicas que o profissional gostaria de dedicar menos tempo desempenhando;
- Recursos de apoio que o profissional utiliza na sua rotina na UBS;
- Características sociodemográficas dos profissionais.

Para cada uma das profissões incluídas nesta pesquisa foi inserida uma questão específica citando algum procedimento realizado em áreas rurais e desassistidas em países como Canadá e Estados Unidos, na qual foi perguntado aos participantes se eles estariam dispostos a executá-lo no Brasil e sob quais circunstâncias.

Nos questionários de enfermeiros, dentistas e farmacêuticos ainda foi perguntado quais tarefas os profissionais acreditam que poderiam ser executadas por seus respectivos técnicos, e sob qual nível de supervisão (direta, indireta ou sem supervisão). No de fisioterapeuta avaliou-se, também, quais atendimentos os fisioterapeutas poderiam conduzir sem avaliação prévia de um clínico geral ou de um ortopedista.

O questionário de gestor abordava:

- Características do trabalho e sociodemográficas;
- Percepção e posicionamento dos gestores acerca de algumas afirmativas sobre a expansão do escopo de prática dos profissionais da atenção primária;
- Casos clínicos de cardiologia, oftalmologia e ortopedia e a possibilidade de serem que poderiam ser resolvidos por médicos na UBS;
- Casos clínicos frequentemente encaminhados para outras especialidades que poderiam ser resolvidos na UBS;
- Motivo de não solucionarem estes casos na UBS;
- Vantagens e desvantagens da expansão das atividades dos profissionais da APS para gestão da UBS.

O questionário de usuários também sofreu alterações a partir da aplicação no campo-piloto e abordada:

- Questão fechada, indicando se é a primeira vez que o usuário utiliza aquela UBS;
- Condição que o fez procurar pela unidade no dia da entrevista;

- Vivência de problemas de saúde que já foram resolvidos por profissional de saúde não-médico;
- Situações hipotéticas de saúde em que o médico não estivesse presente, para que pudesse opinar sobre o atendimento por outro profissional de saúde;
- Circunstâncias em que preferiria aguardar para ser atendido por médico;
- Itens que alterariam a confiança em ser atendido por profissionais não-médicos;
- Características sociodemográficas.

1.2 Seleção dos entrevistados

Para a seleção dos entrevistados, em um primeiro momento foi realizada uma consulta ao CNES de junho de 2015 para levantar o número de médicos, enfermeiros e dentistas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios a serem visitados. Os seguintes critérios foram adotados para a seleção das UBS a serem pesquisadas: unidades rurais, urbanas e localizadas nas áreas mais pobres/precárias do município; com e sem médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); unidades com equipes de saúde bucal; e unidades com equipe do NASF.

Após esta etapa, fez-se contato telefônico, a fim de confirmar as informações encontradas no CNES e realizar tentativa de agendamento das entrevistas. Aquelas onde não se conseguiu contato prévio foram visitadas em campo ou substituídas por unidades de zonas consideradas mais precárias, considerando informações dadas pelos profissionais do próprio município, seguindo os critérios já citados.

1.3 Caracterização do cenário de campo

A caracterização dos municípios foi realizada a partir de duas bases de dados:

1) CNES de 2015, em que serão descritos o número de estabelecimentos de saúde, número de vínculos, número de indivíduos, razão de vínculos por indivíduo, tipo de vínculo total das profissões estudadas e daqueles que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS).
2) Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE), que se trata de um registro administrativo do MTE, de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos

empregadores do país que devem declarar os empregos de celetistas (empregados sob o regime da CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros.

Neste trabalho serão apresentados, ainda, o número de estabelecimentos e respectivos estoques de vínculos formais de emprego segundo a classe de atividade econômica, cálculo dos Quocientes Locacionais[1] (QL), número de vínculos ativos, número de admitidos, desligados e saldo e remuneração média mensal e hora das ocupações de saúde selecionadas.

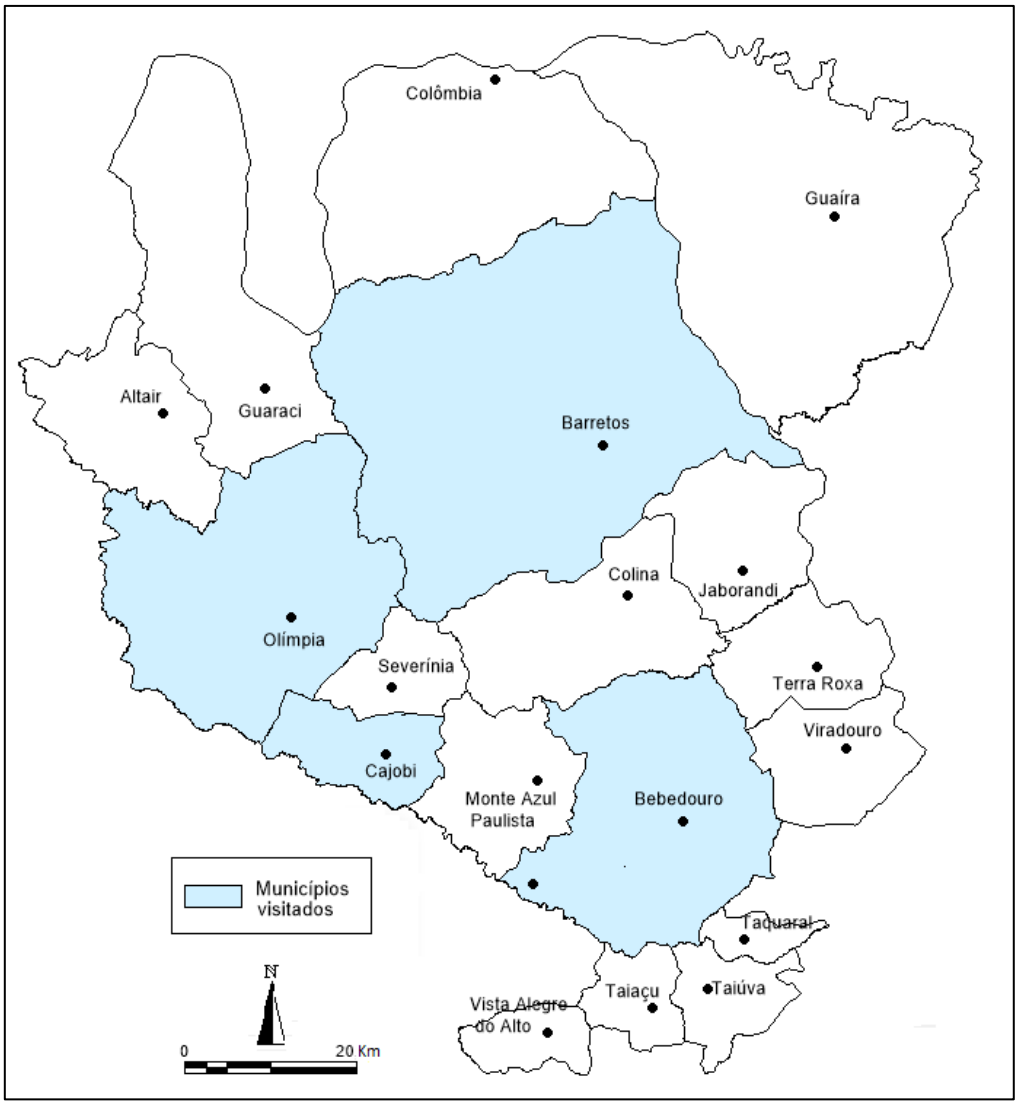
[1] O quociente locacional (*QL*) é um indicador obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos de uma atividade específica sobre o total de estabelecimentos em uma região, e a mesma proporção no país. Valores de *QL* superiores a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos na região é superior à do Brasil, valores inferiores indicam que a concentração é inferior e valores iguais a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos é a mesma que a do Brasil. O mesmo se aplica ao número de vínculos de uma ocupação específica.

2. Resultados Campo Barretos

2.1 Cenário de estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 03 e 07 de agosto de 2015, nos municípios de Barretos, Olímpia e Cajobi, municípios que integram a Região de Saúde Norte de Barretos, e Bebedouro, que integra a Região de Saúde Sul de Barretos, no estado de São Paulo. Além destes, as Regiões de Saúde Norte e Sul de Barretos agregam os municípios: Altair, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Severina, Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiuva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto (Mapa 1) .

Mapa 1 – Municípios que compões as Regiões de Saúde Norte e Sul de Barretos, SP



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Barretos

O município de Barretos, que tem sua origem remetente à história dos bandeirantes, localiza-se na mesorregião estadual de Ribeirão Preto e possui 112.101 habitantes. Está localizado a 421 km da capital do estado, São Paulo (IBGE, 2010).

É o maior município da região de Saúde, com 3.402 estabelecimentos informados na RAIS em 2013, e um total de 32.975 vínculos formais de emprego. Havia 11 estabelecimentos de atividades de atendimento hospitalar, com uma média de 304 vínculos por estabelecimento. O município contava ainda com sete estabelecimentos relacionados à fabricação de medicamentos e insumos médico-odontológicos, que somavam 154 vínculos empregatícios. O comércio varejista respondia por 33% dos estabelecimentos e 17% dos vínculos de emprego, incluindo 75 estabelecimentos de comércio varejista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário, 15 óticas e 14 estabelecimentos de comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos.

Os maiores QLs de estabelecimentos foram observados na fabricação de produtos à base de café (25,1) e na fabricação de artigos de cutelaria (21,1). Com relação aos vínculos, os maiores QLs foram observados na fabricação de produtos de carne (44,4), fabricação de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, exceto válvulas (26,5) e no cultivo de laranja (25,2) (Apêndice B).

Em junho de 2015 Barretos registrava um total de 241 estabelecimentos de saúde no CNES, sendo a grande maioria (71,8%) classificado como consultórios isolados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde – Barretos, junho de 2015

Tipo de estabelecimento de Saúde	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	16	6,6
Policlínica	2	0,8
Hospital Geral	2	0,8
Hospital Especializado	2	0,8
Unidade Mista	0	0,0
Pronto Socorro Geral	0	0,0
Consultório Isolado	173	71,8
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	22	9,1
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	7	2,9
Unidade Móvel Terrestre	0	0,0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	3	1,2
Farmácia	2	0,8
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0,4
Hospital-dia (isolado)	1	0,4
Secretaria de Saúde	2	0,8
Centro de Atenção Psicossocial	1	0,4
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0,0
Pronto Atendimento	1	0,4
Polo Academia da Saúde	1	0,4
Central da regulação medica das urgências	1	0,4
Laboratório de Saúde Pública	1	0,4
Central de regulação	2	0,8
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,4
total	241	100,0

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

Nesse mesmo ano o CNES registrava um total de 1.688 vínculos de médicos para um total de 771 indivíduos, representando uma razão de 2,2 vínculos por médicos. Entre aqueles que atuam na APS (n=85), a razão de vínculo por indivíduo é de 1,7. Com relação aos dentistas, Barretos possuía um total de 251 vínculos para 164 indivíduos, ou seja, 1,5 vínculos por indivíduos. Já os dentistas da APS, possuíam uma razão de vínculo por indivíduo equivalente a do médico da APS, respectivamente 1,6. Já para os enfermeiros o número de vínculo com relação ao número de indivíduos é praticamente equivalente (1,1) tanto para o total de enfermeiros, quanto para os da APS (Tabela 2).

Tabela 2: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de médicos, dentistas e enfermeiros em Barretos - junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind
Médicos	1688	771	2,2	85	51	1,7
Cirurgiões-dentistas	251	164	1,5	127	78	1,6
Enfermeiros	399	375	1,1	21	20	1,1

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

Com relação ao tipo de vínculo do total médicos de Barretos, 36,1% eram autônomos, pessoa física e 29,3% autônomos, pessoa jurídica. Já entre aqueles que atuam na APS 58,8% eram estatutários e 37,6% empregado público. Entre o total de dentista de Barretos 28,3% eram estatuários, 25,5% possuíam vínculo empregatício sem descrição e 24,7% eram autônomos, pessoa física. Já entre o total de vínculos de enfermeiros, 81,5% eram celetistas e entre os que atuam na APS 66,7% eram estatutários e 33,3% empregado público (Tabela 3).

Tabela 3– Quantidade total e da APS de vínculo por tipo de vínculo de médicos, dentistas e enfermeiros em Barretos, junho de 2015.

Tipo de vínculo	Médicos				Dentistas				Enfermeiros			
	Total		APS		Total		APS		Total		APS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	132	7,8	50	58,8	71	28,3	62	48,8	38	9,5	14	66,7
Empregado público	54	3,2	32	37,6	0	0	0	0	14	3,5	7	33,3
Comissionado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celetista	9	0,5	0	0	8	3,2	2	1,6	325	81,5	0	0
Temporário	8	0,5	2	2,4	1	0,4	0	0	2	0,5	0	0
Autônomo, pessoa física	610	36,1	0	0	62	24,7	0	0	2	0,5	0	0
Autônomo, pessoa jurídica	495	29,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cooperado	77	4,6	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Bolsista	1	0,1	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Residente	176	10,4	0	0	12	4,8	0	0	8	2	0	0
Estagiário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informal	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	1	0,1	0	0	64	25,5	63	49,6	0	0	0	0
Outros, autônomo sem descrição	124	7,3	0	0	32	12,7	0	0	10	2,5	0	0
Sem informação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1688	100	85	100	251	100	127	100	399	100	21	100

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

Olímpia

O município de Olímpia localiza-se na região Aquífero Guarani do noroeste paulista, a 430 km da capital, São Paulo, e a 42 km de Barretos. Possui uma população estimada em 52.650 mil habitantes (IBGE, 2010).

Em 2013 contava com 1.714 estabelecimentos informados na RAIS, cerca de 30% deles relacionados ao comércio varejista, incluindo 33 farmácias e nove óticas. Ainda no setor saúde, o município contava também com 2 hospitais e 60 estabelecimentos de atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos. Os dois estabelecimentos de fabricação de açúcar em bruto concentravam 20% dos vínculos formais de emprego do município, seguido pelo comércio varejista, com 15% dos vínculos. Os maiores quocientes locacionais observados no município foram na fabricação de intermediários para fertilizantes, para estabelecimentos (67,8) e na fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados para vínculos (88,9). O Apêndice B disponibiliza dados adicionais a respeito do mercado formal de Olímpia.

Em junho de 2015, Olímpia possuía 115 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo que 60% eram consultórios isolados. O município possuía, na ocasião, nove UBS (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde – Olímpia, junho de 2015

Tipo de estabelecimento	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	9	7,8
Policlínica	6	5,2
Hospital Geral	1	0,9
Hospital Especializado	0	0,0
Unidade Mista	0	0,0
Pronto Socorro Geral	1	0,9
Consultório Isolado	69	60,0
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	11	9,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	11	9,6
Unidade Móvel Terrestre	0	0,0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	2	1,7
Farmácia	0	0,0
Unidade de Vigilância em Saúde	0	0,0
Hospital-dia (isolado)	1	0,9
Secretaria de Saúde	1	0,9
Centro de Atenção Psicossocial	0	0,0
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0,0
Pronto Atendimento	1	0,9
Polo Academia da Saúde	0	0,0
Central da regulação medica das urgências	0	0,0
Laboratório de Saúde Pública	0	0,0
Central de regulação	1	0,9
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,0
Total	115	100,0

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

Nesse mesmo ano, Olímpia possuía um total de 266 vínculos de médicos para um total de 111 indivíduos, representando uma razão de 2,4 vínculos por médicos. Já os médicos que atuam na APS, possuíam uma razão de 1,3 vínculo por indivíduo. O total de vínculo dentistas no município era de 109 para 51 indivíduos, representando uma razão de 2,1 vínculos por indivíduo. Entre aqueles que atuam na APS, a razão de vínculo por indivíduo é bem equilibrada, com 24 vínculos para 20 dentistas. Já entre os enfermeiros, assim como em Barretos, a razão de vínculos por indivíduo também é bem equilibrada tanto para o total de enfermeiros, quanto para aqueles que atuam na APS (Tabela 5).

Tabela 5 - Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de médicos, dentistas e enfermeiros em Olímpia junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind
Médicos	266	111	2,4	39	31	1,3
Cirurgiões-dentistas	109	51	2,1	24	20	1,2
Enfermeiros	77	69	1,1	13	13	1,0

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

Com relação ao tipo de vínculo do total médicos de Olímpia 48,9% eram autônomos, pessoa física, 25,6% possuíam contrato temporário e 24,1% eram estatutários. Já entre aqueles que atuam na APS 69,2% eram estatutários e 20,5% possuíam contrato temporário. Entre o total de dentista de Barretos 50,5% possuíam contrato temporário e 39,4% eram estatutários. Todos os dentistas da APS eram estatutários. Já entre o total de vínculos de enfermeiros, 58,4% possuíam contrato temporário e 36,4% eram estatutários. Assim como os dentistas, todos os enfermeiros da APS eram estatutários (Tabela 6).

Tabela 6 – Quantidade total e da APS de vínculos por tipo de vínculo de médicos/dentistas/enfermeiros em Olímpia, junho de 2015.

Tipo de vínculo	Médicos				Dentistas				Enfermeiros			
	Total		APS		Total		APS		Total		APS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	64	24,1	27	69,2	43	39,4	24	100,0	28	36,4	13	100,0
Empregado público	0	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	1	1,3	0	0,0
Celetista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,9	0	0,0
Temporário	68	25,6	8	20,5	55	50,5	0	0,0	45	58,4	0	0,0
Autônomo, pessoa física	130	48,9	0	0,0	9	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autônomo, pessoa jurídica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cooperado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	4	1,5	4	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estagiário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	0	0,0	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	266	100,0	39	100,0	109	100,0	24	100,0	77	100,0	13	100,0

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

Cajobi

Cajobi foi o menor município visitado, com estimativa de 9.768 habitantes (IBGE, 2010). Localiza-se a 425 km da capital e a 58 km de Barretos. O município contava com 211 estabelecimentos informados na RAIS 2013, e um total de 1.373 vínculos formais de emprego. 29% dos estabelecimentos eram de comércio varejista, incluindo nove farmácias e três óticas. Havia um estabelecimento de atividades de atendimento hospitalar, com 26 vínculos. Os maiores QLs observados, tanto para estabelecimentos

quanto para vínculos, foi no cultivo de laranja: 116 e 151,9 respectivamente. O Apêndice B disponibiliza informações adicionais a cerca do mercado formal.

Em junho de 2015 Cajobi possuía um total de 10 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo três UBS, dois consultórios isolados, três unidades de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado), um hospital geral e uma secretária de saúde (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde – Cajobi, junho de 2015

Tipo de estabelecimento	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	3	30,0
Policlínica	0	0,0
Hospital Geral	1	10,0
Hospital Especializado	0	0,0
Unidade Mista	0	0,0
Pronto Socorro Geral	0	0,0
Consultório Isolado	2	20,0
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	0	0,0
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	3	30,0
Unidade Móvel Terrestre	0	0,0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	0	0,0
Farmácia	0	0,0
Unidade de Vigilância em Saúde	0	0,0
Hospital-dia (isolado)	0	0,0
Secretaria de Saúde	1	10,0
Centro de Atenção Psicossocial	0	0,0
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0,0
Pronto Atendimento	0	0,0
Polo Academia da Saúde	0	0,0
Central da regulação medica das urgências	0	0,0
Laboratório de Saúde Pública	0	0,0
Central de regulação	0	0,0
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	0	0,0
Total	10	100,0

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

Na mesma ocasião, Cajobi, possuía um total de 30 vínculos de médicos para 19 indivíduos, representando uma razão de 1,6 vínculo por médicos. Já os médicos que atuam na APS, possuíam uma razão um pouco mais equilibrada de 1,2 vínculo por indivíduo. Com relação aos dentistas, o número de vínculo e indivíduo era o mesmo tanto para total quanto para os da APS. Já entre os enfermeiros, a razão de vínculos por indivíduo é equilibrada tanto para o total de enfermeiros, quanto para aqueles que atuam na APS (Tabela 8).

Tabela 8 - Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de médicos, dentistas e enfermeiros em Cajobi junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind
Médicos	30	19	1,6	16	13	1,2
Cirurgiões-dentistas	8	8	1,0	8	8	1,0
Enfermeiros	6	6	1,0	4	4	1,0

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

Com relação ao tipo de vínculo, do total de médicos, 33,3% possuíam contrato temporário e 30% possuíam contrato informal. Entre os da APS quatro eram empregados públicos e quatro possuíam contrato temporário. Todos os dentistas de Cajobi eram empregados públicos. Com relação ao total de enfermeiros três possuíam contrato temporário, dois eram empregados público e um estatutário. Entre os da APS, dois eram empregados públicos, um estatutário e um possuía contrato temporário. (Tabela 9)

Tabela 9 – Quantidade total e da APS de vínculos por tipo de vínculo de médicos, dentistas e enfermeiros em Cajobi, junho de 2015.

Tipo de vínculo	Médicos				Dentistas				Enfermeiros			
	Total		APS		Total		APS		Total		APS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	1	3,3	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	25,0
Empregado público	4	13,3	4	25,0	8	100,0	8	100,0	2	33,3	2	50,0
Comissionado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temporário	10	33,3	4	25,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	1	25,0
Autônomo, pessoa física	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autônomo, pessoa jurídica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cooperado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	3	10,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estagiário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	9	30,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	3	10,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	30	100,0	16	100,0	8	100,0	8	100,0	6	100,0	4	100,0

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

Bebedouro

O município de Bebedouro, único dos municípios visitados que integra a Região de Saúde Sul Barretos, possui 75.035 habitantes e faz parte da microrregião da Serra de Jaboticabal e da mesorregião de Ribeirão Preto. Encontra-se a 51 km de Barretos, 78 km de Ribeirão Preto e 383,7 Km da capital paulista (IBGE, 2010).

Bebedouro possuía 2.314 estabelecimentos, que empregavam 24 mil vínculos formais, sendo o comércio varejista responsável por 31% dos estabelecimentos e 17% dos vínculos. O município contava com oito hospitais e com 86 estabelecimentos de atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos. Os maiores QLs observados foram, para estabelecimentos, de 35,4 no cultivo de laranja e, para vínculos, de 86,9 na fabricação de óleos vegetais refinados, exceto óleo de milho. O Apêndice B disponibiliza dados adicionais sobre o mercado formal de Bebedouro.

Em junho de 2015 o CNES registrava 237 estabelecimentos de saúde no município, sendo 62,4% consultórios isolados e 13,9% clinicas especializadas. O município possuía também na ocasião 16 UBS e três hospitais gerais (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde – Bebedouro, junho de 2015

Tipo de estabelecimento	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	16	6,8
Policlínica	18	7,6
Hospital Geral	3	1,3
Hospital Especializado	0	0,0
Unidade Mista	0	0,0
Pronto Socorro Geral	0	0,0
Consultório Isolado	148	62,4
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	33	13,9
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	10	4,2
Unidade Móvel Terrestre	1	0,4
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	0	0,0
Farmácia	1	0,4
Unidade de Vigilância em Saúde	0	0,0
Hospital-dia (isolado)	2	0,8
Secretaria de Saúde	1	0,4
Centro de Atenção Psicossocial	2	0,8
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0,0
Pronto Atendimento	1	0,4
Polo Academia da Saúde	0	0,0
Central da regulação medica das urgências	0	0,0
Laboratório de Saúde Pública	0	0,0
Central de regulação	1	0,4
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	0	0,0
Total	237	100,0

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

Com relação à quantidade de vínculos e indivíduos, Bebedouro possuía 571 vínculos de totais de médicos para 194 indivíduos, representando uma razão de 2,9 vínculo por médico, a maior entre os municípios visitados. Entre os médicos que atuam na APS a razão é de 1,3. Com relação aos dentistas a razão de vínculos/indivíduo era 1,6, sendo a razão entre os que atuavam na APS igual a um. Em se tratando dos enfermeiros, o total era de 90 vínculos para 75 indivíduos e entre os da APS o número de vínculos e indivíduos era o mesmo (n=18) (Tabela 11).

Tabela 11 - Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de médicos, dentistas e enfermeiros em Bebedouro junho de 2015.

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind	Vínculo	Indivíduo	Razão vin/ind
Médicos	571	194	2,9	36	27	1,3
Cirurgiões-dentistas	152	96	1,6	25	24	1,0
Enfermeiros	90	75	1,2	18	18	1,0

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

Já com relação ao tipo de vínculo dos médicos 35,2% eram cooperados, 19% possuíam contrato temporário e 18,6% eram estatutários. Entre os médicos que atuavam na APS 52,8% eram estatutários e 44,4% possuíam contrato temporário. Com relação aos dentistas 48,7% do total eram autônomos pessoa física, 24,3% eram cooperados e 19,7% estatutários. Aqueles dentistas da APS, com exceção de um com contrato temporário, o restante eram estatutários. Finalmente, em se tratando do total de enfermeiros 53,3% eram estatutários e 37,8% possuíam contrato temporário. Todos os enfermeiros da APS eram estatutários (Tabela 12).

Tabela 12 – Quantidade total e da APS de vínculos por tipo de vínculo de médicos, dentistas e enfermeiros em Bebedouro, junho de 2015.

Tipo de vínculo	Médicos				Dentistas				Enfermeiros			
	Total		APS		Total		APS		Total		APS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	106	18,6	19	52,8	30	19,7	24	96,0	48	53,3	18	100,0
Empregado público	0	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	4	4,4	0	0,0
Celetista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,4	0	0,0
Temporário	109	19,1	16	44,4	1	0,7	1	4,0	34	37,8	0	0,0
Autônomo, pessoa física	58	10,2	0	0,0	74	48,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autônomo, pessoa jurídica	80	14,0	1	2,8	10	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cooperado	201	35,2	0	0,0	37	24,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estagiário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	17	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem informação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	571	100,0	36	100,0	152	100,0	25	100,0	90	100,0	18	100,0

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

2.2 Entrevistas

Foram visitadas cinco unidades básicas de saúde, duas em Olímpia, uma rural e uma urbana, uma unidade urbana em Barretos, em Cajobi e em Bebedouro, nas quais foram realizadas 16 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 13. A seguir será apresentada a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 13: Relação de entrevistados durante do Campo das regiões de saúde Norte e Sul de Barretos, agosto 2016.

Entrevistados	N
Médicos	4
Enfermeiros	4
Dentistas	4
Gestores UBS	2
Usuários	2
Total	16

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Médicos

Durante o campo de Barretos foram entrevistados quatro médicos: um em Barretos, dois em Olímpia e um em Cajobi, respectivamente. A maioria dos médicos entrevistados era do sexo feminino. Dois trabalhavam na APS há menos de cinco anos e os outros dois há mais de 20 anos, sendo que todos trabalhavam há menos de cinco anos na UBS em que foram realizadas as entrevistas.

Três médicos eram cubanos e faziam parte do ”Programa Mais Médicos”, dois em Olímpia e um em Cajobi. Estes haviam concluído a especialização em “Medicina General Integral” em seu país de origem e assumiam a função de clínico geral nas UBS. Um entrevistado cubano era especialista, também, em microbiologia. A quarta médica entrevistada era pediatra (Tabela 14).

Tabela 14 - Perfil dos médicos entrevistados – regiões de saúde Norte e Sul Barretos-SP – Agosto, 2015.

Médicos				
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista /UF	Olímpia-SP	Olímpia-SP	Cajobi-SP	Barretos-SP
Naturalidade/UF	Havana-CUBA	Camaguey-CUBA	Cienfuegos-CUBA	Barretos-SP
Município de residência	Olímpia-SP	Olímpia-SP	Cajobi-SP	Barretos-SP
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	53	49	29	38
Ano de conclusão da graduação	1987	1990	2011	2005
Município/UF de graduação	Havana-CUBA	Camaguey-CUBA	Cienfuegos-CUBA	Rio de Janeiro-RJ
Tempo de atuação na APS (anos)	26	25	***	2,5
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista (anos)	1	1	1	2,5
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	8
Vínculo de trab. na UBS	Bolsista (PMM)	Bolsista (PMM)	Bolsista (PMM)	Celetista
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Sim	Sim

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

O médico de Cajobi atendia a duas UBS no município, uma central e uma localizada na zona rural. Já em Olímpia, um dos médicos atendia em unidade central e o outro na zona rural. O médico de Barretos atuava como pediatra durante oito horas semanais, na unidade visitada, possuindo vínculo de trabalho celetista. Além disso, trabalhava também em outros locais (outras UBS, hospital e consultório particular) no mesmo município.

Dentre os entrevistados, um afirmou que atende de 11 a 20 pacientes por dia, dois afirmaram atender entre 21 e 30 pacientes por dia e um de 31 a 40 pacientes por dia. O

perfil dos pacientes atendidos nas UBS foi amplo para a maioria entrevistados, com variação entre eles no atendimento de neonatos, gestantes, pessoas que vivem em situação de pobreza e populações sazonais. Nenhum deles atendia indígenas, imigrantes, quilombolas, ribeirinhos, desabrigados/pessoas que vivem nas ruas e pessoas privadas de liberdade.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, dois médicos afirmaram que estão sobrecarregados porque a demanda é alta e dois afirmaram que não estão sobrecarregados e poderiam executar mais tarefas clínicas. “Prescrição”, “Atendimento aos idosos” e “Consulta aos diabéticos” foram citadas como tarefas que mais consomem o tempo dos médicos na UBS. Porém, três entrevistados afirmaram que não gostariam de gastar menos tempo com nenhuma delas, pois gastam o tempo necessário para executá-las com qualidade.

O pré-teste de Barretos mostrou que 25% dos procedimentos executados são realizados com maior frequência em outras unidades – não pertencente à APS – demonstrando que os médicos sabem realizar tais procedimentos, mas não o fazem na UBS.

As seguintes atividades são realizadas por todos os médicos entrevistados, independente de nacionalidade ou especialidade:

- Queixas de olho vermelho
- Tratamento de lombalgias;
- 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; e
- Tratamento de dermatites.

Nenhum dos médicos entrevistados realiza, nas UBS, quaisquer dos seguintes procedimentos:

- Incisão e drenagem de abcesso;
- Suturas;
- Crioterapia de lesões na pele;
- Raspagem para determinação de fungo;
- Imobilização de extremidades feridas;
- Crioterapia ou terapia química para a verruga genital;
- Remoção de calo doloso;
- Remoção de unha encravada;
- Remoção de molusco contagioso;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Imobilização de fraturas;

- Parto normal de baixo risco;
- Parto normal de alto risco; e
- Triagem de acuidade visual.

Os médicos afirmaram que a maior parte das atividades executadas em sua prática foram aprendidas durante a graduação em medicina e, embora estejam confiantes da sua atuação para a maioria dos procedimentos, acreditam que, com treinamento adicional, ficariam ainda mais confiantes em executá-los.

Entre as atividades e procedimentos que geralmente são executadas por médicos especialistas e que poderiam ser realizadas nas UBS foram citadas: 'tratamento dermatológico (como fungos)', eletrocardiograma, suturas, pré-natal de alto risco, medicação venosa e intramuscular, oxigenioterapia e atendimento a lactantes e grávidas. "*Eles são mal acostumados aqui, as grávidas vão direto para o ginecologista e os lactantes para o pediatra (...). Os pacientes já vão direto para os especialistas (Médico 3).* Este médico ainda relatou que

> "os médicos cubanos ficam um pouco frustrados. A atenção básica não funciona como deveria, é muito para prescrever receita (...) Se você tem pressão alta vai direto para o cardiologista, mas você poderia começar o tratamento aqui. Se você começa com o tratamento e não resolve, aí encaminha para um ginecologista" (Médico 03)

Entre as vantagens de executar atividades médicas especializas na atenção básica foram citadas a diminuição do volume de pacientes no pronto socorro, o encaminhamento de pacientes somente se necessário, a melhora de resolutividade para o paciente e um maior controle dos pacientes atendidos.

Apenas dois entrevistados citaram desvantagens de executar atividades médicas especializadas na atenção básica, que incluíram: aumento da carga de trabalho do médico e falta de preparo/capacitação do médico para realizar determinadas atividades.

Os recursos de apoio mais utilizados pelos médicos entrevistados, na UBS, são "Consulta remota com outros médicos, através de redes sociais, e-mail e/ou telefone", sendo citado por três dos entrevistados, seguido de "Consulta presencial com outros profissionais de saúde" e "Consulta remota com outros profissionais de saúde", citados por dois dos entrevistados. Um dos médicos afirmou realizar "Consulta presencial com outros médicos". Todos os entrevistados afirmam consultar protocolos clínicos, livros e artigos, além de participarem de atividades educativas ou programas de educação permanente. Nenhum médico entrevistado afirmou utilizar o recurso de telessaúde.

Enfermeiros

Quatro enfermeiras foram entrevistadas durante o pré-teste – uma em Barretos, dois em Olímpia e uma em Bebedouro, todas do sexo feminino. Estas atuavam na APS entre quatro e 15 anos. Já o tempo de trabalho na UBS em que foram realizadas as entrevistas variou entre menos de um a nove anos. Todas as entrevistadas eram brasileiras, com idade entre 28 e 52 anos. O tempo de formação variou de sete a 23 anos, sendo que três formaram no interior do estado de São Paulo e uma no interior do Paraná. Todas eram estatutárias e trabalhavam 40 horas semanais na mesma UBS. Nenhuma possuía outro vínculo empregatício. Duas entrevistadas possuíam especialização em Saúde da Família e duas em Enfermagem do Trabalho (Tabela 15).

Tabela 15 - Perfil dos enfermeiros entrevistados – regiões de saúde Norte e Sul Barretos-SP – Agosto, 2015.

Enfermeiros				
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista /UF	Barretos-SP	Olímpia-SP	Olímpia-SP	Bebedouro-SP
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	52	40	51	28
Ano de conclusão da graduação	2005	1999	1992	2009
Município/UF de graduação	Bebedouro-SP	São José do Rio Preto-SP	Maringá-PR	São José do Rio Preto-SP
Tempo de atuação na APS (anos)	9	15	10	4
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista (anos)	7	0*	9	1
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Sim	Sim

*menos de 20 dias
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, três das enfermeiras afirmaram que estão sobrecarregadas porque a demanda é alta, duas afirmaram sobrecarga porque exerciam atividades de outros profissionais e uma afirmou não estar sobrecarregada e que poderia executar mais tarefas clínicas.

Três das entrevistadas indicaram atender até 15 pacientes por dia e uma de 41 a 30 pacientes. Sobre os grupo de pacientes atendidos nas UBS não foram citadas por nenhuma das atividades apenas os indígenas, quilombolas, ribeirinhos, desabrigados/pessoas que vivem nas ruas e pessoas privadas de liberdade.

Houve uma variação de respostas ao serem questionadas sobre quais tarefas mais consumiam seu tempo na UBS. Entre as respostas citadas, apenas “realização de pré-natal” e “exame de Papanicolau” foram citados por mais de uma enfermeira.

O acolhimento de casos agudos, o encaminhamento de usuários a outros serviços, a realização e interprestação de exame Papanicolau e de pré-natal de baixo risco foram as únicas atividades citadas por todas as entrevistadas como atividades realizadas nas UBS.

Apenas um entrevistada indicou realizar na UBS atividades como ´’interpretar exames laboratoriais’, ‘prescrever tratamento para vulvovaginites’, realizar drenagem de abscesso’, ‘realizar imobilizações’ e ‘realizar eletrocardiograma’.

Os seguintes procedimentos não foram citados por nenhuma das enfermeiras como realizados nas UBS:

- Renovação de prescrição médica;
- Prescrição de medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas;
- Prescrição de medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Prescrição de medicamentos controlados;
- Solicitação de exames de imagem;
- Interpretação de exames de imagem;
- Realização de sutura;
- Realização de drenagem de APScesso;
- Realização de parto normal;
- Realização de pré-natal de alto risco;
- Realização de teste tuberculínico e interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD);
- Introdução de sonda nasoentérica;
- Aplicação de anestésico local.

Já procedimentos como ‘realizar parto normal emergencial’, realizar e interpretar teste tuberculínico (PPD)’ e inserir sonda nasoentérica’ foram indicados por pelo o menos uma das entrevistas como realizadas em outro estabelecimento de saúde.

Os recursos de apoio mais utilizados pelos enfermeiros entrevistados, na UBS, são “Consulta presencial com outros profissionais de saúde”, “Consulta remota com outros enfermeiros, através de redes sociais, e-mail, telefone” e “Consulta remota com outros profissionais de saúde, através de redes sociais, e-mail, telefone” sendo citado por todas as entrevistadas. Três afirmam consultar protocolos clínicos, livros e artigos, além de participarem de atividades educativas ou programas de educação permanente. Nenhuma enfermeira entrevistada utiliza o recurso de telessaúde ou consulta outros enfermeiros de forma presencial.

As entrevistadas afirmaram que a maior parte das atividades executadas em sua prática foi aprendida na graduação. Apenas três procedimentos foram citados pelos profissionais como aprendidos em programas de pós-graduação. Embora estejam confiantes da sua atuação para a maioria dos procedimentos, acreditam que, com treinamento adicional, ficariam ainda mais confiantes em executá-los.

Sobre quais tarefas atualmente executadas por médicos as enfermeiras estariam dispostas a realizar na APS, foram citadas renovação de medicamento de hipertensão e diabetes já diagnosticados e pré-natal completo, principalmente a solicitação de exames. Um das entrevistadas citou acredita que não poderia executar nenhuma atividade de médico.

Aos serem sobre quais vantagens da expansão das atividades de enfermeiros na atenção básica foram citadas: maior autonomia para os enfermeiros, maior vínculo com o paciente, redução da fila de espera, melhora do atendimento, maior resolutividade.

> "Eu acho que o enfermeiro é o interlocutor entre as áreas multidisciplinares. Eu acho que ele consegue entrar na zona cinza das atividades. Por exemplo, tem uma área de saber seu, meu e do medico e a gente consegue permear isto melhor, a gente conversa com todas as áreas. Tem uma formação mais global vê o individuo na sua forma completa" (Enfermeira 3).

Foram citadas como desvantagem da expansão do escopo de prática por todas entrevistadas a sobrecarga de trabalho. " *Eu não consigo realizar nem o que é da minha competência* (Enfermeira 1)".

Sobre a delegação de tarefas para os técnicos de enfermagem, as quatro entrevistadas indicaram que nenhuma das seguintes atividades poderiam ser realizadas por técnicos, nem sob supervisão:

- Renovar a prescrição médica;
- Prescrever medicamentos que constam na relação farmácia básica;
- Prescrever tratamento para vulvovaginites;
- Prescrever curativos.

Já entre as atividades que poderiam ser realizadas com supervisão direta, citadas por pelo menos duas entrevistadas constam:

- Acolhimento de casos agudos;
- Realizar exame Papanicolau;
- Interpretar exame Papanicolau;
- Realizar imobilizações;
- Inserir sonda nasoentérica;
- Inserir sonda de demora.

Citada por pelo menos uma das entrevistas como atividades que poderiam ser executas pelos técnicos sob supervisão indireta, estão:

- Acolhimento de casos agudos;
- Encaminhar pacientes para outros serviços;
- Retirar pontos;
- Realizar curativos.

Finalmente entre as atividades que poderiam ser realizadas por técnicos sem supervisão do enfermeiro foram citadas o 'encaminhamento de usuário para outros serviços', a retirada de pontos e a realização de imobilizações foi citada apenas por uma das entrevistadas.

Dentistas

Foi entrevistado um total de quatro dentistas durante o pré-teste – um em Barretos, dois em Olímpia e um em Bebedouro, sendo que a maioria era do sexo masculino. O tempo de atuação desses profissionais na APS variou entre 11 e 23 anos, sendo de dois a 23 anos a variação do tempo de atuação especificamente na UBS em que as entrevistas foram realizadas.

Todos os entrevistados eram brasileiros, com idade entre 43 e 47 anos. O tempo de formação variou de 17 a 23 anos, sendo que três formaram no interior do estado de São Paulo e um no interior do Paraná. Todos eram estatutários e trabalhavam de 20 a 40 horas semanais na mesma UBS. Dois possuíam vínculo empregatício em outro local – consultório e escola técnica. Dois dos entrevistados possuíam especialização, sendo as seguintes áreas citadas: Saúde da Família, Cirurgia, Ortodontia, Dentística e Endodontia (Tabela 16).

Tabela 16 - Perfil dos dentistas entrevistados – regiões de saúde Norte e Sul Barretos-SP – Agosto, 2015.

	Dentistas			
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**
Município da entrevista /UF	Cajobi-SP	Olímpia-SP	Olímpia-SP	Bebedouro-SP
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	45	47	45	43
Ano de conclusão da graduação	1996	1992	1993	1998
Município/UF de graduação	Londrina-PR	Barretos-SP	Presidente Prudente-SP	Ribeirão Preto-SP
Tempo de atuação na APS (anos)	17	23	20	11
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista (anos)	06	23	03	2,5
CH total semanal na UBS (horas)	20	40	40	24
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário
Possui título de especialista	Não	Sim	Sim	Não

FONTE: NESCON/FM/UFMG, 2015.

Dentre os entrevistados, três afirmaram atender entre 0 e 10 pacientes por dia, enquanto um atende de 11 a 20, no mesmo período. O perfil dos pacientes atendidos nas UBS foi amplo para a maioria dos profissionais, com variação entre eles no atendimento de neonatos, lactentes, cardiopatas, renal crônico, populações sazonais, portadores de doença mental, em cessação de tabagismo e com necessidades especiais. Nenhum deles atendia indígenas, ribeirinhos e pessoas privadas de liberdade.

O pré-teste de Barretos mostrou que os dentistas que atuam na UBS sabem executar mais procedimentos do que os que realizam, na prática. O equivalente a 24% dos procedimentos executados é realizado com maior frequência em outras unidades – não pertencente à APS – demonstrando que os dentistas sabem realizar, mas não o fazem na UBS.

Todos os entrevistados afirmaram realizar na UBS os seguintes procedimentos:

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

Três dos dentistas ainda realizam, em sua prática, na UBS:

- Restauração atraumática;
- Tratamento periodontal;

- Extração de dente incluso

Nenhum dos entrevistados afirmou realizar quaisquer das tarefas abaixo, nas UBS:

- Clareamento;
- Coroa (prótese fixa unitária);
- Próteses removíveis (total ou parcial);
- Implante dentário;
- Biópsia;
- Tratamento ortodôntico corretivo;
- Cirurgia periapical;
- Endodontia unirradicular;
- Endodontia de molares;
- Cirurgia periodontal;
- Moldagem (prótese, placa oclusal, etc.);
- Ortodontia preventiva.

Metade dos entrevistados afirmou realizar radiografia (periapical, bitewing) e apenas um afirmou extrair dente incluso. Eles afirmaram que a maior parte das atividades executadas em sua prática foi aprendida na graduação. Embora estejam confiantes da sua atuação para a maioria dos procedimentos, acreditam que, com treinamento adicional, ficariam ainda mais confiantes em executá-los.

Ao serem questionados sobre a realização de atividades pelas quais não estavam preparados, todos afirmaram já terem vivenciado esta situação, citando atividades como: extração de terceiro molar (Dentistas 1 e 3), atendimento de pacientes com necessidades especiais, apreensivos e vivendo com HIV/AIDS (Dentista 4), e pacientes com queixas clínicas voltadas ao atendimento médico que, muitas vezes, são confundidas com dor de dente ou bucal – como dor de ouvido, dor de garganta, herpes e com sinais e sintomas de câncer (Dentista 2). Nestes casos o dentista 2 afirmou que medica os pacientes e encaminha ao profissional competente.

Na percepção dos entrevistados, algumas atividades executadas, atualmente, exclusivamente por dentistas especializados, poderiam ser realizadas pelo dentista na APS, como endodontia (Dentista 1), dentística (Dentista 3) e periodontia:

> Se colocasse um aparelho de ultrassom aqui nós [realizaríamos um ótimo trabalho]. Essa parte de periodontia [...] evitaria *de* encaminhar muito *pro* especialista. Seria espetacular! Mas não sei de onde vem o recurso. [...] Aqui a gente tenta fazer manualmente, ir com a '*curetinha'*, mas demora, não fica bom. Lá eles passam o '*aparelhinho*' com cinco minutos [consegue finalizar]. (Dentista 2)

O dentista 4 não acredita que os profissionais da APS possam executar tarefas especializadas, devido à falta de material e infraestrutura adequada.

As vantagens apontadas pelos dentistas, ao se realizar atividades especializadas na APS, foram: aumentar a resolutividade da UBS (Dentista 2); evitar deslocamento do paciente - para Centro de Especialidades odontológicas do próprio município (Dentista 2) ou de outros municípios (Dentista 1) -, poupando o pagamento de consultas particulares (Dentista 1) e reduzindo o tempo de espera para o tratamento (Dentista 4); melhorar a estética dos dentes e a durabilidade do tratamento (Dentista 3); aumentar a satisfação do usuário (Dentista 3), melhorando sua confiança e aliviando sua dor (Dentista 4).

Três dentistas não identificaram desvantagens em relação a esta atuação, enquanto um citou a não continuidade do tratamento, pelo usuário (Dentista 4). O dentista 3 afirmou que haveria um aumento da demanda, mas esta seria apenas uma consequência, não uma desvantagem: *"Pra mim seria até bom, porque teria mais atendimento. Não porque a gente ganha mais, mas eu gosto de trabalhar. Vou ficar a toa aí? Já tem que 'bater o dedo' mesmo"* (Dentista 2).

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, dois afirmaram não estarem sobrecarregados, um afirmou estar sobrecarregado porque exerce atividades de outros profissionais e um afirmou estar sobrecarregado porque a demanda é alta.

Em relação as tarefas que mais consumiam o tempo das entrevistadas nas UBS, os dentistas citaram atividades cirúrgicas, em geral (Dentista 1), obturação de resina de dentes anteriores (Dentista 2), orientação em saúde nas escolas (Dentista 3) e extração e raspagem supragengival (Dentista 4). Ainda assim, três dos entrevistados afirmaram que não gostariam de gastar menos tempo com essas atividades. Apenas o dentista 4 afirma o contrário.

O recurso de apoio mais utilizados pelos dentistas entrevistados, na UBS, é a "Consulta presencial com outros profissionais de saúde", citado por todos os entrevistados. Três afirmaram consultar remotamente outros dentistas, através de redes sociais, e-mail e telefone, além de consultar protocolos clínicos, livros e artigos. "Consulta presencial com outros dentistas" e "Consulta remota com outros profissionais de saúde" foram citados por metade dos dentistas, assim como "Participa de atividades educativas ou programas de educação permanente". Um dentista relatou utilizar o recurso de telessaúde e "internet".

Sobre a delegação de tarefas para os técnicos de saúde bucal, 93% das tarefas foram citadas por pelo menos um profissional como "Não poderia ser realizada por técnicos".

O relativo a 33% das tarefas seria autorizada por pelo menos um profissional, desde que tais atividades fossem realizadas com sua supervisão direta, 11% com supervisão indireta e, por fim, 22% das tarefas seriam delegadas aos técnicos por pelo menos um profissional, para serem realizadas sem sua supervisão.

Gestores

Foram entrevistados dois gestores, um do sexo masculino e um do sexo feminino. O primeiro, com idade de 39 anos, atua há 12 anos na APS e possui ensino médio completo. A segunda, com 54 anos, atua há 35 anos na APS e possui graduação em enfermagem com especialização em "Docência em Saúde". O tempo de atuação na Unidade Básica foi de 12 e 15 anos, respectivamente, sendo seis e quatro anos como gestores.

Uma série de afirmativas sobre a ampliação do escopo de prática na APS foi elaborada previamente, a fim de que esses atores pudessem dizer o quanto concordam ou discordam de cada uma delas. Observou-se que, de modo geral, os dois gestores "concordam" ou "concordam totalmente" com as questões:

- A ampliação dos escopos clínicos dos profissionais é necessária para aumentar a resolutividade das equipes;
- A ampliação dos escopos clínicos dos profissionais da atenção primária necessariamente implicaria em qualificação específica;
- Algumas tarefas executadas por médicos especialistas poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária, as oportunidades criadas pela expansão das funções de médicos da atenção primária poderiam compensar a escassez de médicos especialistas;
- Algumas tarefas executadas por especialistas da saúde bucal poderiam ser realizadas por cirurgiões dentistas;
- A delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos de saúde deve respeitar os limites estabelecidos por lei; os conselhos profissionais deveriam ter a palavra final nesta questão;
- O Ministério da Saúde deveria ter a palavra final nesta questão.

As únicas sentenças em que houve resposta "discorda totalmente", por um dos entrevistados, foram sobre a ampliação de escopo dos enfermeiros, que incluíram "algumas tarefas, frequentemente executadas por médicos, poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados" e "as oportunidades criadas pela expansão das funções de

enfermeiros poderiam compensar a escassez de médicos". Interessante observar que essas foram assinaladas pela gestora graduada em enfermagem.

Houve divergência nas respostas dos entrevistados quando questionados sobre quais atividades os médicos e enfermeiros poderiam executar na UBS. Os gestores afirmaram não terem conhecimento das atividades desempenhadas pelos dentistas, o que dificultou o preenchimento adequado do questionário.

As vantagens citadas, no caso de se expandir as atividades dos médicos da UBS foram: "*maior resolutividade do problema para o usuário*", "*menor encaminhamento para especialistas*" e "*maior conhecimento da vida do paciente, uma vez que hoje a contra-referência é falha*". A única desvantagem citada foi o "*aumento da responsabilidade*".

Com relação à expansão das atividades dos enfermeiros, apenas um gestor citou a "*diminuição do fluxo para os médicos, que poderiam gastar tempo com outras tarefas*" como vantagem da expansão de suas atividades. As desvantagens seriam "*necessidade de contratação de mais enfermeiros*" e "*sobrecarga de trabalho*". Nenhum gestor citou vantagens relacionadas à expansão das atividades dos dentistas da UBS. Apenas um citou "*aumento da demanda*" como desvantagem.

Sobre os mecanismos de certificação e regulamentação que os gestores consideram necessários para ampliar os escopos de prática dos médicos a autorização por protocolos do serviço foi citado por ambos e a aprovação pelos conselhos federais e regionais e alteração da grade curricular da graduação por um respectivamente. Com relação aos enfermeiros, ambos consideram importante a aprovação pelos conselhos e a autorização por protocolo de serviço. Um citou também a necessidade de mudança na lei do exercício profissional e alteração na grade curricular. Já com relação aos dentistas foi citado pelos dois a autorização por protocolos do serviço.

Usuários

Foram entrevistadas duas usuárias da UBS durante visita ao Centro de Saúde Cajobi, ambas do sexo feminino. A primeira, 64 anos, possuía 2º grau incompleto, é aposentada, mas atuava anteriormente como inspetora de escola. Ela declarou não possuir plano de saúde e estava naquela UBS pela primeira vez. O motivo de sua procura foi o atendimento odontológico, não especificando qual tratamento faria. A segunda, 31 anos, possuía 2º grau completo e relatou trabalhar como Agente de

Controle de Vetores. Ela também declarou não possuir plano de saúde, já havia frequentado aquela UBS anteriormente e estava novamente ali para tratar "*dor de dente*".

Ao serem questionadas sobre o motivo que as fariam considerar um profissional de saúde bom ou ruim, ambas citaram o tratamento pessoal: "*A maneira de falar, acalmar, principalmente quando a gente tá com medo*". Uma delas relata que essas razões dependem da profissão do indivíduo que a atende; já a outra, discorda.

Ao expor uma situação de saúde em que as usuárias estivessem supostamente com dengue, e questionar por qual profissional gostariam de ser atendidas, caso o médico não estivesse presente, ambas citaram o enfermeiro e uma delas citou, ainda, o técnico de enfermagem. A primeira relatou que o enfermeiro "[...] *já é conhecido da população".* Já a segunda afirmou que quando "*está com dor e não tem médico, pode ser atendido por um profissional com experiência*".

Ao expor uma nova situação de saúde considerada "aguda" – onde estariam com "dor nas costas há uma semana" – e o médico não estivesse presente, as usuárias foram indagadas se teriam problema em ser consultadas por uma enfermeira. Ambas responderam de forma negativa e justificaram da seguinte forma: "*Não tenho confiança*" e "[...] *o médico é especialista nisso. A enfermeira é só uma ajudante*".

Supondo que a enfermeira que as atendeu tivesse receitado um anti-inflamatório, ambas afirmaram que não usariam o medicamento. A primeira justificou da seguinte forma: "*Tenho medo, porque não é o médico";* a segunda também relata falta de confiança neste profissional: *"[...] não sei a doença que tenho. Não sei se é isso mesmo que tenho que tomar*". Ambas afirmaram que prefeririam sempre retornar, posteriormente, para consultar com um médico.

Em seguida, foram expostos alguns itens para que as entrevistadas dissessem até que ponto, a partir deles, elas se sentiriam mais confiantes em consultar com a enfermeira e tomar o remédio que ela lhes receitou. Uma das usuárias assinalou a opção "Nem mais, nem menos confiante" para todos os itens. A outra assinalou a mesma opção apenas para os itens "Saber que a enfermeira trabalha junto com o seu médico" e "Saber que a enfermeira receita medicamentos há muitos anos". Nos demais, afirmou que se sentiria "Um pouco mais confiante" – "Saber que ela é autorizada pela lei", "Saber que a enfermeira tem formação/estudo para consultar e receitar", "Saber que a enfermeira é

especialista na sua doença", "Saber que a enfermeira segue o manual da unidade de saúde" e "Saber que a enfermeira conhece o seu caso, através de sua ficha".

Nenhuma das entrevistadas relatou fazer uso de medicamento de forma contínua e, portanto, não responderam à pergunta sobre situação de saúde considerada "crônica".

As entrevistadas não relataram haver vantagem quando tratadas por um enfermeiro, em vez de um médico. Uma delas afirmou que só existem vantagens "*[...] em alguns casos, como o de dengue*". Uma usuária citou como desvantagem: "*O enfermeiro não têm conhecimento para atender*". A outra afirmou que "*A formação do médico é para isso, a do enfermeiro não. Ela é mais [para] auxiliar e não para tratar*".

2.3 Considerações finais

A percepção dos pesquisadores é de que as unidades de saúde visitadas apresentam boa infraestrutura, organização e tecnologias que auxiliam o desenvolvimento das ações de saúde. Constatou-se que a demanda das unidades de saúde é espontânea e desenvolvida nos moldes tradicionais de atenção básica: agendamento de consultas e atendimento mediante comparecimento na unidade em horários específicos, que obedece a ordem de chegada dos usuários. Talvez por esse motivo havia poucos usuários presentes nas UBS durante as visitas da equipe.

É importante destacar que o Hospital de Câncer de Barretos, referência nacional do tratamento da doença, exerce uma grande influencia no próprio município de Barretos e nos outros municípios visitados. Esta influência abrange tanto a atenção básica, como a atenção secundária em saúde.

A equipe de pesquisa foi bem recebida pelos gestores e profissionais de saúde em todas as unidades visitas. Não houve recusa em participar da pesquisa. Durante as entrevistas em campo observou-se a necessidade de alterações nos questionários, que serão adaptados para os demais campos.

Com relação ao escopo de prática, observou-se que os médicos sabem executar mais procedimentos do que aqueles habitualmente realizados na prática, sendo estes procedimentos realizados em outro estabelecimento de saúde. Entre estes, encontram-se

procedimentos básicos, passiveis de serem realizados em UBS, a exemplo de triagem de acuidade visual, suturas e remoção de unha encrava.

Verificou-se, portanto, ser necessário explorar nos próximos campos os principais motivos pelos quais os procedimentos que os profissionais sabem realizar não são de fato realizados nas unidades. Uma outra hipótese levantada foi a de que a disponibilidade de especialistas na região poderia afetar as atividades desempenhadas na UBS. Neste sentido, nos próximos campos será incluída pergunta sobre a disponibilidade de encaminhamento de pacientes para média e alta complexidade e para quais especialidade existe dificuldade de encaminhamento/acesso.

O fato dos profissionais saberem executar mais procedimentos do que aqueles habitualmente realizados na prática também foi observado para dentistas e enfermeiros, sendo que os profissionais dentistas relataram, ainda, estar dispostos a desempenhar na UBS atividades normalmente desempenhadas por especialistas, como endodontia, periodontia e dentística. Já as enfermeiras citaram estar dispostas a desempenhar tarefas atualmente executadas apenas por médicos, como a solicitação de exames, a renovação de medicamentos e a realização completa de pré-natal.

Com relação as entrevistas dos gestores, observou se que de uma maneira geral ambos entrevistados concordam que a ampliação das atividades dos profissionais que atuam em UBS poderia contribuir para uma maior resolutividades da atenção básica e desafogar a fila de encaminhamento a atenção especializada. É interessante, no entanto, destacar que a entrevistada que possui formação em enfermagem apresentou certa resistência quanto a ampliação do escopo de prática para esta categoria profissional.

A entrevista com os gestores foi prejudicada pela realização de perguntas muito específicas sobre as atividades dos profissionais de saúde, principalmente de dentistas. Desta forma, o questionário será adaptado para captar respostas abertas sobre as atividades que poderiam ser realizadas pelos profissionais da APS.

Já a partir das entrevistas com os usuários constatou-se que, em caso de suspeita de dengue, na ausência do médico, eles são receptivos ao atendimento por outro profissional de saúde, como o enfermeiro ou o técnico de enfermagem. Por outro lado, demonstram não sentir confiança em serem atendidas por enfermeiro para outros casos como dor nas costas, o que refletiu também no fato de relatarem que não utilizariam medicamentos prescritos por este profissional.

A partir deste campo foi possível perceber que existem oportunidades para a expansão das atividades clínicas de profissionais que atuam na atenção primária tanto na visão dos próprios profissionais quanto na visão dos gestores das unidades básicas de saúde. Estas impressões poderão ser confirmadas nos próximos campos, nos quais serão aprofundados alguns aspectos já citados anteriormente.

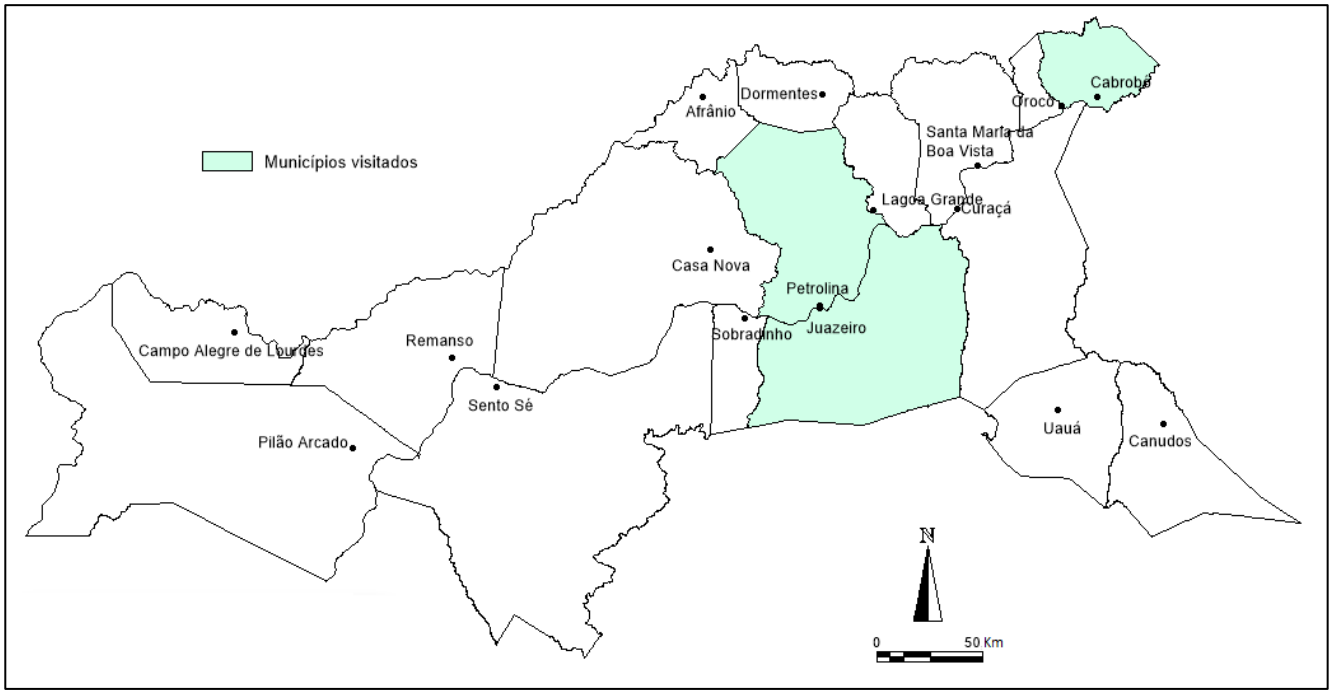
3. Campo Petrolina-Juazeiro

3.1 Cenário de estudo

Este campo foi realizado entre os dias 16 e 20 de Novembro de 2015. A pesquisa contemplou três municípios que integram a Rede de Integração de Saúde do Médio São Francisco, conhecida como rede PEBA, que é formada pela macrorregião de saúde de Petrolina, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia.

Dezessete municípios integram a rede PEBA, sendo sete na região de Petrolina (Petrolina, Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista) e dez na região de Juazeiro (Juazeiro, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá). Os municípios contemplados durante a pesquisa de campo foram: Petrolina e Cabrobó, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia (Mapa 2).

Mapa 2: Municípios da Região de Pernambuco-Bahia (PEBA)



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

Petrolina (PE)

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

De todos os municípios da Rede PEBA, Petrolina é o que apresenta maior quantidade e diversidade de estabelecimentos, e pouco mais de 32% relacionados ao comércio. A principal atividade econômica do município é o cultivo de uva (CNAE 01.326): em 2014 eram 442 estabelecimentos da categoria, com um total de 10.003 vínculos formais de emprego, uma média de 22,6 vínculos por estabelecimento. O segundo maior empregador era a Administração Pública em Geral (CNAE 84.116), com sete estabelecimentos e 6.930 vínculos (média de 990 vínculos por estabelecimento). Dentre o setor saúde, destacam-se as Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (CNAE 86.305), com 175 estabelecimentos.

Chama atenção no município a existência de 01 estabelecimento de Educação Profissional de Nível Tecnológico (CNAE 85.422), com 868 vínculos formais de emprego, e dois estabelecimentos de Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação (CNAE 85.325), que juntos somavam 867 vínculos (Apêndice B5).

Em junho de 2015, Petrolina registrava um total de 330 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 34,8% consultórios isolados, 31,8% unidades especializadas e 13% unidades básicas de saúde (Tabela 17).

Tabela 17: Estabelecimentos de saúde de Petrolina, Junho de 2015.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	N	%
Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde	43	13,0
Hospital Geral	6	1,8
Hospital Especializado	2	0,6
Hospital Dia	2	0,6
Pronto Socorro/Pronto Atendimento/ Unidade móvel de nível pré-hospitalar	7	2,1
Unidade especializada (Policlínica, Clínica especializada, CAPS)	105	31,8
Consultório isolado	115	34,8
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT)	32	9,7
Secretaria de Saúde	2	0,6
Outro*	16	4,8
Total	330	100,0

* Central da regulação medica das urgências, Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual, Central de regulação, Cooperativa, Farmácia, Polo Academia da Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care), Telessaude, Unidade de Vigilância em Saúde, Unidade Móvel Terrestre.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Nesse mesmo ano o CNES registrava um total de 1.477 vínculos de médicos para um total de 646 indivíduos, representando uma razão de 2,3 vínculos por médicos. Com relação às demais profissões, a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é menor, variando de 1,5 para os dentistas e 1,1 para os psicólogos e nutricionistas. Já na APS a razão de vínculos por indivíduo é igual a 1,0 para todos os profissionais registrados pesquisados (Tabela 18).

Tabela 18: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de cada uma das profissões estudadas em Petrolina, 2015

	Total de profissionais			Total da APS		
	Vínculos	Indivíduos	Razão	Vínculos	Indivíduos	Razão
Médicos	1.477	646	2,3	95	91	1,0
Cirurgiões-dentistas	197	129	1,5	46	44	1,0
Enfermeiros	425	375	1,1	97	93	1,0
Farmacêuticos	66	50	1,3	-	-	-
Fisioterapeutas	91	71	1,3	2	2	1,0
Psicólogos	83	75	1,1	3	3	1,0
Nutricionistas	40	36	1,1	1	1	1,0

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, entre o total de médicos, o vínculo mais comum é como autônomo (41,7%, sendo 13,9% pessoa física, 11,6% pessoa jurídica e 16,2% não especificado), seguido pelos cooperados (15,2%) e por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), que totaliza 13,9% dos vínculos. Entre os dentistas, 63,0% são autônomos, sendo 17,8% pessoa física, 17,3% pessoa jurídica e

27,9% não especificado; além destes, destaca-se o vínculo de estatutário, correspondente a 23,4% do total. Com relação aos enfermeiros, existe uma maior concentração de vínculos celetistas (37,2%) e de contrato por prazo determinado (23,8%). Já para as demais profissões, o contrato por prazo determinado representa o maior número de vínculos correspondendo a, respectivamente, 37,9% dos farmacêuticos, 30,8% dos fisioterapeutas e 36,1% dos psicólogos (Tabela 19).

Considerando apenas os profissionais que atuam na APS, observamos que houve predomínio dos vínculos médicos por contrato temporário (31,6%) e estatutário (27,4%). Já com relação a dentistas e enfermeiros, os estatuários correspondem a maior parte dos vínculos (76,1% e 54,6%, respectivamente), seguidos também pelo contrato temporário (23,9% e 45,4%, respectivamente). Os demais profissionais da APS possuem vínculo apenas como contrato temporário (Tabela 20).

Tabela 19: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	168	11,4	46	23,4	94	22,1	11	16,7	6	6,6	5	6,0	4	10,0
Empregado público	46	3,1	1	0,5	52	12,2	1	1,5	13	14,3	1	1,2	2	5,0
Comissionado	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	131	8,9	1	0,5	158	37,2	16	24,2	15	16,5	6	7,2	12	30,0
Temporário	138	9,3	20	10,2	101	23,8	25	37,9	28	30,8	30	36,1	15	37,5
Autônomo, pessoa física	205	13,9	35	17,8	6	1,4	2	3,0	6	6,6	3	3,6	3	7,5
Autônomo, pessoa jurídica	172	11,6	34	17,3	2	0,5	0	0,0	15	16,5	16	19,3	0	0,0
Cooperado	227	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Bolsista	41	2,8	0	0,0	6	1,4	0	0,0	0	0,0	5	6,0	0	0,0
Residente	58	3,9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
Estagiário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Informal	11	0,7	2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,4	1	2,5
Outros, vínculo empregatício sem descrição	40	2,7	3	1,5	2	0,5	4	6,1	2	2,2	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	240	16,2	55	27,9	2	0,5	7	10,6	5	5,5	14	16,9	2	5,0
Total	**1.477**	**100**	**197**	**100**	**425**	**100**	**66**	**100**	**91**	**100**	**83**	**100**	**40**	**100**

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

Tabela 20: Quantidade de vínculos das profissões estudadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde por tipo de vínculo em Petrolina, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	26	27,4	35	76,1	53	54,6	0	0	0	0	0	0,0
Empregado público	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0
Temporário	30	31,6	11	23,9	44	45,4	2	100	3	100	1	100
Bolsista	21	22,1	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Residente	18	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Total	**95**	**100**	**46**	**100**	**97**	**100**	**2**	**100**	**3**	**100**	**1**	**100**

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

Cabrobó (PE)

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

Mais de 60% dos estabelecimentos do município de Cabrobó estavam relacionados ao comércio varejista, incluindo aí 17 estabelecimentos do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 02 do Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741), representando o equivalente a 30% dos vínculos formais de emprego. O maior empregador era a Administração Pública em Geral (Classe 84.116), com 44,8% dos vínculos formais no município. Não havia estabelecimentos hospitalares no município.

Os maiores quocientes locacionais observados, tanto para estabelecimentos quanto para vínculos, foram nos serviços de Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10.619): 38 e 36,6 respectivamente (Apêndice B6).

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

Tabela 21: Estabelecimentos de saúde de Cabrobó, Junho de 2015.

Tipos de estabelecimento	N	%
Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde	12	42,9
Hospital Geral	1	3,6
Hospital Especializado	0	0,0
Hospital Dia	0	0,0
Pronto Socorro/Pronto Atendimento/ Unidade móvel de nível pré-hospitalar	0	0,0
Unidade especializada (Policlínica, Clínica especializada, CAPS)	3	10,7
Consultório isolado	6	21,4
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT)	1	3,6
Secretaria de Saúde	1	3,6
Outro*	4	14,3
Total	**28**	**100,0**

*Polo Academia da Saúde, Unidade de Atenção à Saúde Indígena
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Com relação ao número de vínculos por profissionais estudados, observa-se uma razão muito próxima para todas as profissões, variando de 1,0 a 1,3, considerando o total de

profissionais do município. Na APS só existiam médicos, enfermeiros e dentistas registrados no CNES de junho de 2015. Também não houve discrepância quanto ao número de vínculos por indivíduo nas diferentes profissões, sendo 1,0 para médicos e enfermeiros e 1,4 para dentistas (Tabela 22).

Tabela 22: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de cada uma das profissões estudadas em Cabrobó, 2015

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	Indivíduos	Razão	Vínculos	Indivíduos	Razão
Médicos	30	26	1,2	11	11	1,0
Cirurgiões-dentistas	16	12	1,3	10	7	1,4
Enfermeiros	25	25	1,0	12	12	1,0
Farmacêuticos	6	5	1,2	.	.	.
Fisioterapeutas	5	5	1,0	.	.	.
Psicólogos	4	4	1,0	.	.	.
Nutricionistas	2	2	1,0	.	.	.

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

Ao analisarmos a quantidade de vínculos das profissões estudadas, por tipo de vínculo, em Cabrobó, observamos que, para todas as profissões, o contrato por prazo determinado agrega o maior número de vínculos, correspondendo a 63,3% dos vínculos de médicos, 87,5% de dentistas, 56,0% de enfermeiros, 100,0% dos farmacêuticos, 40,0% dos fisioterapeutas, 75,0% dos psicólogos e 50,0% dos nutricionistas. Além do contrato por prazo determinado, a mesma porcentagem de vínculos de fisioterapeutas e nutricionistas (40,0% e 50,0%, respectivamente) é estatutária (Tabela 23).

Já na APS, os vínculos mais comuns entre os médicos são como contrato temporário e como bolsista, ambos correspondendo a 45,5% do total de vínculos. Os dentistas são majoritariamente contratados por prazo determinado (80,0%), enquanto os enfermeiros são, em sua maioria, estatutários (58,3%), seguidos também por contrato por prazo determinado (41,7%) (Tabela 24).

Tabela 23: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cabrobó, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	2	6,7	2	12,5	11	44,0	0	0,0	2	40,0	1	25,0	1	50,0
Empregado público	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temporário	19	63,3	14	87,5	14	56,0	6	100,0	2	40,0	3	75,0	1	50,0
Autônomo, pessoa jurídica	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	**30**	**100**	**16**	**100**	**25**	**100**	**6**	**100**	**5**	**100**	**4**	**100**	**2**	**100**

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

Tabela 24: Quantidade de vínculos das profissões estudadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde por tipo de vínculo em Cabrobó, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros	
	N	%	N	%	N	%
Estatutário	1	9,1	2	20,0	7	58,3
Empregado público	0	0	0	0	0	0,0
Temporário	5	45,5	8	80,0	5	41,7
Bolsista	5	45,5	0	0,0	0	0,0
Total	**11**	**100,0**	**10**	**100**	**12**	**100**

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

Juazeiro (BA)

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

O município contava em 2014 com 3.109 estabelecimentos e mais de 34 mil vínculos formais de emprego. Havia 12 estabelecimentos de Atividade de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101) que somavam 513 vínculos empregatícios, 48 estabelecimentos de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305) com um total de 95 vínculos, e 17 Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402), com o total de 201 vínculos. O comércio varejista respondia por 48% dos estabelecimentos, incluindo 59 farmácias e 31 óticas. A administração pública concentrava 15,9% dos vínculos empregatícios, seguida pelo cultivo de uva, com 8,6% dos vínculos. Os maiores quocientes locacionais foram observados no cultivo de uva, equivalente a 229 para estabelecimentos e 61 para vínculos (Apêndice B7).

Em junho de 2015 Juazeiro possuía 187 estabelecimentos de saúde, de acordo com o CNES, sendo 30,5% consultórios isolados, 25,7% unidades básicas de saúde e 22,5% unidades especializadas (Tabela 25).

Tabela 25: Estabelecimentos de saúde de Juazeiro, Junho de 2015.

Tipos de estabelecimento	N	%
Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde	48	25,7
Hospital Geral	3	1,6
Hospital Especializado	3	1,6
Hospital Dia	2	1,1
Pronto Socorro/Pronto Atendimento/ Unidade móvel de nível pré-hospitalar	9	4,8
Unidade especializada (Policlínica, Clínica especializada, CAPS)	42	22,5
Consultório isolado	57	30,5
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT)	17	9,1
Secretaria de Saúde	2	1,1
Outro*	4	2,1
Total	**187**	**100**

* Central da regulação medica das urgências, Central de regulação de serviços de saúde, Centro de Parto Normal - Isolado, Unidade Móvel Terrestre.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, Junho 2015

Com relação à quantidade de vínculos dos profissionais estudados, em junho de 2015 Juazeiro possuía um total de 641 vínculos de médicos para 387 indivíduos, gerando uma razão de 1,7 vínculos/médicos. Com exceção dos psicólogos, que possuem o mesmo número de vínculos e indivíduos, para as demais profissões a razão vínculo/indivíduo mostrou-se ligeiramente aumentada, mas, ainda assim, menor que a dos médicos, variando de 1,1 para os enfermeiros e nutricionistas a 1,3 para os dentistas. Considerando apenas os profissionais da APS, a razão foi equivalente para todas as profissões, correspondendo a 1,0 vínculos por indivíduo (Tabela 26).

Tabela 26: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo de cada uma das profissões estudadas em Juazeiro, 2015

	Total de profissionais			Profissionais da APS		
	Vínculos	**Indivíduos**	**Razão**	**Vínculos**	**Indivíduos**	**Razão**
Médicos	641	387	1,7	72	72	1,0
Cirurgiões-dentistas	129	98	1,3	47	46	1,0
Enfermeiros	246	225	1,1	75	74	1,0
Farmacêuticos	35	29	1,2	4	4	1,0
Fisioterapeutas	65	52	1,3	.	.	.
Psicólogos	18	18	1,0	4	4	1,0
Nutricionistas	17	15	1,1	5	5	1,0

Ao analisarmos a quantidade de vínculos das profissões estudadas, por tipo de vínculo, em Juazeiro, foi observada, para todas as profissões estudadas, uma maior concentração de contrato por prazo determinado. Entre os cirurgiões-dentistas, destacaram-se também os vínculos estatutários (27,1%) e, entre os enfermeiros, o emprego público (21,5%) (Tabela 27).

Já com relação à APS, o tipo de vínculo mais comum entre os profissionais, com exceção dos médicos, foi como estatutário, correspondendo a 46,8% dos vínculos de dentistas, 41,3% de enfermeiros, 100,0% dos farmacêuticos, 50,0% dos psicólogos e 40,0% dos nutricionistas. Além de estatutários, predomina-se também o emprego público, entre os psicólogos (50,0%) e o contrato temporário, entre os nutricionistas (40,0%). Os médicos são, em sua maioria, contratados por prazo determinado (69,0%) (Tabela 28).

Tabela 27: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros		Farmacêuticos		Fisioterapeutas		Psicólogos e psicanalistas		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	23	3,6	35	27,1	41	16,7	7	20,0	2	3,1	4	22,2	4	23,5
Empregado público	45	7,0	12	9,3	53	21,5	6	17,1	4	6,2	4	22,2	3	17,6
Comissionado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	86	13,4	0	0,0	36	14,6	4	11,4	14	21,5	1	5,6	3	17,6
Temporário	378	59,0	37	28,7	108	43,9	11	31,4	34	52,3	9	50,0	7	41,2
Cooperado	26	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bolsista	6	0,9	0	0,0	4	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residente	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	35	5,5	15	11,6	4	1,6	4	11,4	10	15,4	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo sem descrição	41	6,4	30	23,3	0	0,0	3	8,6	1	1,5	0	0,0	0	0,0
Total	**641**	**100**	**129**	**100**	**246**	**100**	**35**	**100**	**65**	**100**	**18**	**100**	**17**	**100**

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

Tabela 28: Quantidade de vínculos das profissões estudadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015

Tipo de Vínculo	Médicos		Cirurgiões-dentistas		Enfermeiros.		Farmacêuticos		Psicólogos		Nutricionistas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	12	16,7	22	46,8	31	41,3	4	100,0	2	50,0	2	40,0
Empregado público	18	25,0	12	25,5	26	34,7	0	0,0	2	50,0	1	20,0
Temporário	36	50,0	13	27,7	18	24,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0
Bolsista	6	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros, autônomo*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	**72**	**100**	**47**	**100**	**75**	**100**	**4**	**100**	**4**	**100**	**5**	**100**

*Sem descrição

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

3.2. Entrevistas

Ao total foram visitadas oito unidades de saúde, nas quais foram realizadas 27 entrevistas com profissionais de saúde, conforme a tabela 29. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 29 – Relação de entrevistados durante do Campo PEBA, novembro 2015.

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

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

Caracterização dos estabelecimentos visitados

Na cidade de Petrolina foram visitadas três UBS, das quais duas integram o recente modelo de unidades de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME) (Figura 1). As AMEs são provenientes de projeto de reestruturação da Atenção Básica idealizado em 2009, com a previsão de construção de 20 unidades. Neste projeto há, ainda, a previsão de construção de AME Policlínica e AME Servidor, específica para ações na atenção ao trabalhador[2].

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

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

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

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

Figura 1 – uma das AME visitadas de Petrolina

A figura 2 refere-se à uma Unidade Básica de Saúde visitada em Petrolina, sua localização está mais retirada do centro urbano. No momento da visita não havia muitos pacientes. Neste local foram entrevistados o gestor, um médico, um enfermeiro e uma fisioterapeuta, profissional do NASF que estava atendendo nesta unidade no momento da visita. A equipe do NASF não estava completa, e os profissionais fazem rodízio de atendimento nas outras unidades próximas da localidade do bairro, ou seja, a mesma equipe do NASF está vinculada a mais de uma Unidade Básica de Saúde. A estrutura do local, tanto da unidade como do bairro é precária.

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

Figura 2 – Unidade Básica de Saúde – Petrolina

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

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

Na cidade de Juazeiro foram visitadas três UBS, uma das quais uma estava situada na zona rural em povoado situado cerca de 75 km do centro do município. Esta unidade tinha horário de atendimento reduzido, apenas pela manhã e os profissionais de saúde que atuavam na unidade se deslocavam diariamente para lá por meio de carro da prefeitura que saía de Juazeiro, a saber: a dentista, a médica e a enfermeira. A unidade, apesar de possuir uma estrutura pequena e precária, possuía uma equipe bastante unida e proativa (Figura 3).

Figura 3 – (a) Unidade Básica de Saúde na zona rural de Juazeiro (b) recepção da unidade zona rural de Juazeiro (c) Região entorno da unidade zona rural de Juazeiro (BA)

Sobre as unidades urbanas visitadas em Juazeiro, uma (figura 4) é localizada em um bairro precário, com ruas não asfaltadas e esgoto não encanado. Atende a uma população carente e no período da manhã, momento em que a visitamos, havia um número considerável de pacientes para serem atendidos.

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

Figura 4 – Unidade Básica de Saúde urbana – Juazeiro (BA)

Médicos

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

O tempo de atuação na APS variou de três meses a cinco anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de uma semana a dois anos. Três médicos eram bolsistas, os dois estrangeiros, do 'Programa Mais Médicos', e um do PROVAB; dois possuíam vínculo estatutário e um tinha contrato temporário com a administração pública. Três declararam ter títulos de especialistas, um em Medicina da Família, um em Medicina Geral e Integral e um em Medicina Geral e Integral e Ginecologia. Dois dos entrevistados declararam possuir outro trabalho, um na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e o outro como supervisor do 'Programa Mais Médicos' (Tabela 30).

Tabela 30: Perfil dos médicos entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

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

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

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista com 49 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em

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

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

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

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

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

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

‘parto normal de baixo risco’, ‘parto normal de alto risco’ e ‘inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica’ foram indicados por quatro dos entrevistados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> "Aquele mecanismo de telessaúde [...] é importante que a gente atrele a regulação a isso. Há pesquisas que mostram que a gente pode diminuir pela metade o número dos encaminhamentos. Se a gente tem um processo que o médico encaminha pro telessaúde e o telessaúde dá uma resposta, que pode ser tanto no sentido de "tente fazer isso, tente fazer aquilo", ou então fornecer uma senha pra que esse encaminhamento aconteça. [...] eu já tentei propor isso ao

> município. Começaria, por exemplo, com 10% das vagas de encaminhamentos [fornecidas] dentro do telessaúde. Seria uma forma de priorizar aquele profissional que tem o cuidado e a preocupação". (Médico 1)

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

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

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

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

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

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

Enfermeiros

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

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 9 meses a 10 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 meses a 4 anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo duas estatutárias, duas contratadas temporariamente pela administração pública e uma bolsista de residência. Apenas uma entrevistada declarou trabalhar em outro local, não relacionado à saúde – possui loja própria. Quatro declararam ter títulos de especialistas: uma em Enfermagem do Trabalho; uma em Saúde Pública, Saúde da Família e Educação em Saúde; uma em Gestão em Saúde, mestre em Ciências da Saúde e ainda está cursando a residência em Saúde da Família; e uma em Obstetrícia (Tabela 31).

Tabela 31: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

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

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

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

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

Todas as entrevistadas afirmaram realizar as seguintes atividades:

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

Quatro entrevistados afirmaram, ainda, desempenhar os seguintes procedimentos:

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

As seguintes atividades não são realizadas por quaisquer das entrevistadas:

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

"Prescrever medicamentos controlados", "interpretar teste tuberculínico", "inserir sonda nasogástrica" e "inserir sonda nasoentérica" foram citados por apenas uma profissional.

Duas afirmaram “prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas” e “realizar imobilizações”. Os demais foram citados por três enfermeiras:

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

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

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

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

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

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

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

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

> "Aqui, na verdade, a gente tem que dar uma de médico, de técnico, de psicólogo, de tudo [...]. Às vezes, quando a técnica não tá aí a gente tem que ficar na triagem, fazendo aferição de pressão do pessoal, do peso, avaliação antropométrica sou eu que faço. Se ela tá muito sobrecarregada o teste do pezinho sou eu que faço, triagem pré-natal sou eu que faço. Às vezes é alguma medicação, quando ela tá muito ocupada e eu estou menos, digamos assim [...]. Alguns medicamentos a gente não receita mas, por exemplo, um paciente com dor de cabeça ou uma criança com febre, quando o médico tá muito cheio, você acaba dando um Paracetamol, uma Dipirona. Então os casos mais simples, quando o médico tá cheio, a gente mesmo resolve. Agora, se o paciente continuar com os mesmos sintomas, a gente pede pra voltar". (Enfermeira 4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

citou, ainda, terapia de integração da equipe, realizada por uma psicóloga na própria unidade.

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

Dentistas

Foram entrevistados seis dentistas durante o campo, todas do sexo feminino. A idade variou de 23 e 54 anos, sendo que a maior parte (n=4) tinha entre 30 e 35 anos. Todas eram brasileiras, sendo três naturais do mesmo município onde foi realizada a pesquisa, duas naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista e uma de município localizado em outro estado. Apenas duas não residem no município pesquisado, sendo uma em mesmo estado e uma em estado diferente. Com relação à graduação, nenhuma entrevistada graduou no mesmo município pesquisado. Metade das entrevistadas graduou em estados diferentes do pesquisado (Tabela 32).

Tabela 32: Perfil dos dentistas entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

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

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015

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

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

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

Os seguintes procedimentos são realizados por todos os profissionais entrevistados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma dentista avaliou como boa, uma avaliou como nem ruim e nem boa, duas avaliaram como ruim e duas com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: pequena quantidade de vagas, alta demanda e inexistência de centro de especialidades no município, dificultando o encaminhamento. Uma afirmou que a

dificuldade é *"[...] principalmente para a endodontia. Para a cirurgia e periodontia é um pouco melhor*". Outra disse que consegue encaminhamento, "[...] *mas o problema é a demora. Tem casos que demoram um ano*".

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

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

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

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

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, cinco afirmaram estar sobrecarregadas, porque a demanda é alta, sendo que uma afirmou que também faz o trabalho de outros profissionais. Uma afirmou não estar sobrecarregada e poderia executar mais tarefas clínicas.

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

consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde. Duas afirmaram utilizar o recurso de telessaúde.

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

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

Fisioterapeutas

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

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

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

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

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

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

Os entrevistados não relataram realizar quaisquer das atividades abaixo:

- Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças;
- Realizar acupuntura;
- Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia);
- Reeducar o assoalho pélvico;
- Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses;
- Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto;
- Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do "estirão do crescimento";
- Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório;
- Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas;

- Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto ao manejo dos sintomas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Farmacêuticos

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

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

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

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

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

Os seguintes procedimentos são realizados por ambos os profissionais:

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

- Realizar acolhimento;
- Controlar a validade de medicamentos da UBS;
- Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos;
- Realizar interconsultas.

Os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Psicólogo

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

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

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

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

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

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

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

Entre as atividades que realizava na unidade, a entrevistada indicou alto nível de confiança em desempenhá-los, com exceção de 'consulta compartilhada com outros profissionais de saúde', 'diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde

mental', 'construção de projeto terapêutico singular' e 'construção de projeto de saúde para a comunidade', na qual indicou nível de confiança médio. As principais formas de aprendizado dos procedimentos que realiza no NASF foram a graduação e cursos de aperfeiçoamento.

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

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

Gestores

Foram entrevistados cinco gestores de UBS, todas do sexo feminino, com idade entre 25 e 52 anos. Quatro tinham como formação a enfermagem e uma, a administração. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de oito meses a dois anos e, como gestoras da UBS, de seis meses a dois anos (Tabela 33).

Tabela 33: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo PEBA – Novembro, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As cinco gestoras concordaram que 'cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica'. Sobre se 'os conselhos profissionais devem ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde', três concordaram, uma nem concordou e nem discordou e uma discordou, justificando que "*eles não estão nem aí para nós, eles não conhecem a realidade da gente aqui, então eu não acho que eles*

deveriam definir" (Gestor 5). Já se 'o Ministério da Saúde deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde', uma concordou, duas nem concordaram e nem discordaram e duas discordaram, justificando que quem "*vivencia a realidade é o profissional"* (Gestor 4)

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

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

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

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

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

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

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

Foi solicitado, também, às gestoras, que indicassem quais casos clínicos, frequentemente encaminhados para outras especialidades, poderiam ser resolvidos nas UBS. Foram citados casos de ginecologia (exames, colposcopia), casos de ortopedia (ex. dores) e casos de endocrinologia (hipertensão, diabetes). Sobre o motivo desses casos não serem resolvidos nas UBS, foram citadas a falta de estrutura, recursos materiais e falta de conhecimento teórico e prático do profissional, gerando insegurança em realizar os procedimentos mais especializados.

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

3.3. Considerações finais

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

No presente campo foram incluídos também os questionários de fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos que atuam na APS. A partir da aplicação deste foram propostas adaptações para se cumprir os objetivos do estudo. Para cada profissão

avaliada incluiu-se uma situação de ampliação de escopo de prática observada em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos. A partir desta situação, os profissionais foram questionados se estariam dispostos a realizar as mesmas atividades aqui no Brasil e sob quais circunstâncias.

Os gestores e profissionais, quando abordados, foram receptivos e, em sua maioria, demonstraram interesse em contribuir com a pesquisa. A equipe sentiu uma maior resistência das médicas cubanas entrevistadas no município de Cabrobó, sendo que uma se recusou a deixar gravar a entrevista.

No geral, por se tratar de uma pesquisa de campo, que visitou três municípios; Petrolina, Cabrobó, pertencentes ao estado de Pernambuco e Juazeiro ao estado da Bahia foi possível observar que nos municípios de Pernambuco a atenção básica está mais bem estruturada, no que se refere à questão física dos locais, quanto na composição das equipes e encaminhamentos para serviços especializados. Muitos dos casos mais complexos acabam sendo encaminhados para Petrolina. Apesar da melhor estrutura das unidades de Petrolina, não foi observado escopos ampliados para os profissionais nesta cidade quando comparado, qualitativamente, às demais.

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

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

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

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

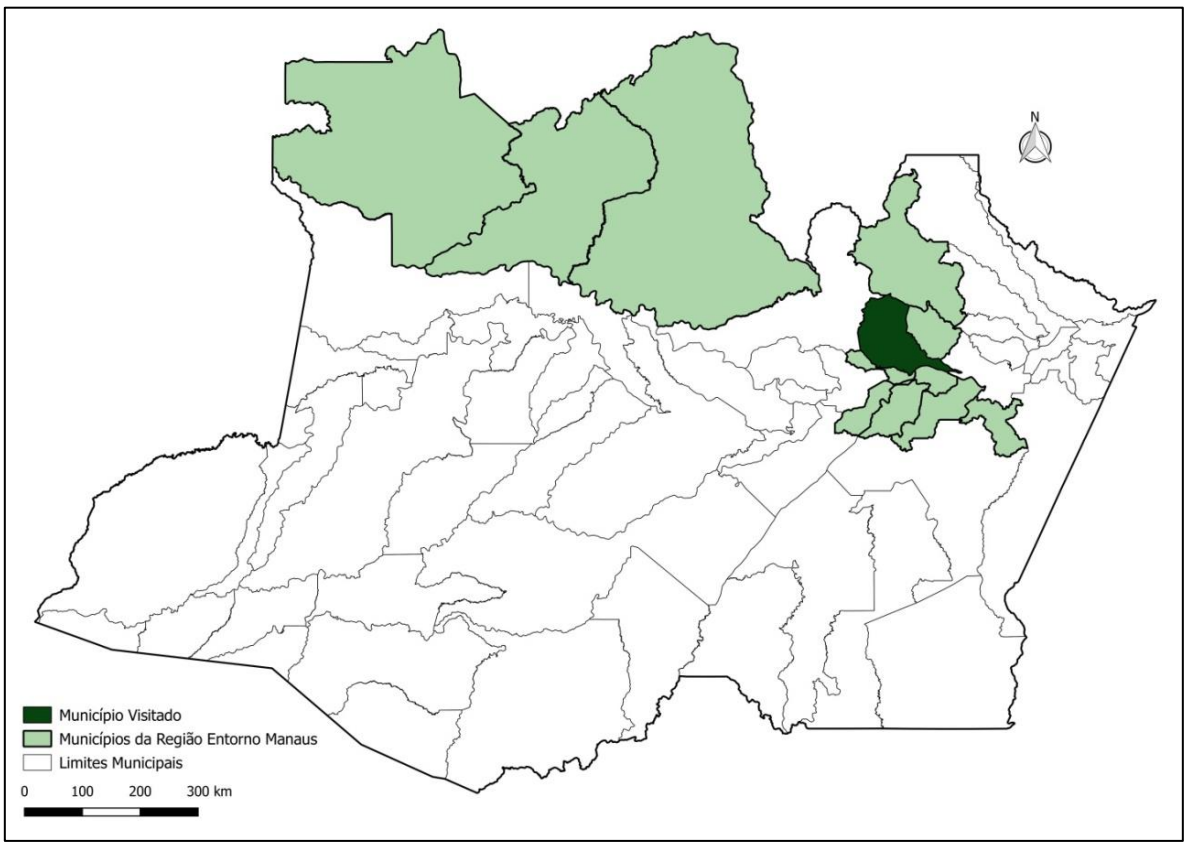
Quanto à disponibilidade de encaminhamento para médicos especialistas, grande parte dos profissionais de saúde entrevistados avaliou o sistema de encaminhamento como muito ruim ou ruim. Os seguintes motivos foram citados para as avaliações negativas: demanda elevada e poucas vagas disponíveis para consultas, culminando em tempo de espera também elevado, protocolos municipais restritos quanto à disponibilidade de solicitar exames especializados. Especificamente em Cabrobó foram citados a falta de acesso a exames no próprio município e inexistência de centro de especialidades odontológicas no município, dificultando o encaminhamento. Por isso, um dos profissionais citou que encaminha para o serviço particular. Um dos participantes citou que o sistema de encaminhamento poderia ser melhorado com por meio da vinculação a programas como o telessaúde.

4. Campo Manaus

4.1.Cenário de estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 29 de fevereiro e 04 de março de 2016, no município de Manaus, capital do estado do Amazonas e pertencente à região de saúde 'Entorno de Manaus', composta por 12 municípios, que além de Manaus incluem, Presidente Figueiredo, Rio Preto de Eva, Iranduba, Careiro de Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes e Nova Olinda do Norte, Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro.

Mapa 3: Municípios da Região do Entorno de Manaus



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

Manaus

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

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

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

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

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

Segundo os dados do CNES, em junho de 2015 Manaus possuía um total de 1.380 estabelecimentos de saúde, sendo 41,9% consultórios isolados, 17,8 % Unidades Básicas de Saúde e 15,2% Clínicas especializadas (Tabela 34).

Tabela 34 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde – Região Entorno de Manaus, 2015.

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

Fonte: CNES-BRASIL – Junho de 2015.

Neste mesmo ano o CNES registrava um total de 7.188 vínculos de médicos para um total de 3.264 indivíduos, representando uma razão de 2,2 vínculos por médicos. Considerando aqueles médicos que atuavam na APS a razão é mais equilibrada, sendo 714 vínculos para 620 indivíduos, 1,2 vínculos por médicos. Com relação às demais profissões a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é menor,

variando de 1,1 para os nutricionistas e 1,4 para os dentistas. O mesmo se aplica àqueles profissionais da APS (Tabela 35).

Tabela 35: Quantidade total e da APS de vínculos e indivíduos e razão de vínculo por indivíduo das profissões estudadas em Manaus, 2015

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

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

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

Já considerando apenas os profissionais que atuam na APS, observamos que com exceção dos psicólogos/psicanalista em que 50% dos vínculos temporários, a maioria dos vínculos para as demais profissões é estatutário. Entre os médicos da ABS, destaca-se, ainda, a proporção de cooperados e bolsistas, respectivamente 17,6% e 14% dos vínculos (Tabela 37).

Tabela 36: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Manaus, 2015

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

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

Tabela 37: Quantidade de vínculos das profissões estudadas da Atenção Primária em Saúde, por tipo de vínculo em Manaus, 2015

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

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

4.2.Entrevistas

Ao total foram visitadas sete unidades de saúde, nas quais foram realizadas 29 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 38. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 38: Relação de entrevistados durante do Campo Manaus, março, 2016.

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

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Caracterização dos estabelecimentos visitados

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

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

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

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

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

As três casinhas visitadas possuíam uma estrutura física limitada e precária e eram localizadas em bairros de periferia de Manaus (Figura 5). A falta de segurança foi destacada pelos profissionais entrevistados nestas unidades, pois várias já haviam sido assaltadas. Chamou atenção dos pesquisadores à preocupação da equipe das casinhas em manter sempre as portas trancadas e sair no horário pré-estabelecido por questão de segurança. A falta de segurança não foi destaca apenas pelos profissionais das cainhas, mas também pelos demais entrevistados, inclusive da zona rural.

Figura 5: (a) UBS O03 – Modelo de “casinha”; (b) Região do entorno da “casinha”.

Entre as unidades urbanas, uma destacou-se por ser considerada “modelo” (Figura 6). Esta, onde antes funcionava uma policlínica, possui ampla área física, quatro equipes de saúde da família completas e mais um médico com carga horária semanal de 20 horas – para atendimento à população descoberta pela estratégia de saúde da família. O espaço comporta mais uma equipe, que tem proposta de contratação em breve, segundo a

gestora da unidade. Esta UBS conta com ampla recepção, sala de acolhimento, consultórios médicos e odontológicos, laboratório, sala de ultrassonografia, sala de eletrocardiograma, sala do NASF, sala da coordenação, sala de reuniões e grupos operativos e sala de estudos – utilizada principalmente pelos alunos da residência multiprofissional, que são recebidos na unidade.

Figura 6: Unidade Básica de Saúde "modelo"

A zona rural visitada (Figura 7) abrange grande extensão territorial e dispõe, além das Unidades Básicas de Saúde da "sede", de cinco unidades funcionando em suas microáreas. O acesso ao local se dá apenas por meio de transporte fluvial não gratuito, cujo trajeto é feito regularmente durante todo o dia, a depender da quantidade de água presente no rio. Em épocas de seca a população deve andar longas distâncias para ter acesso a este transporte e as escolas da região chegam a interromper suas atividades.

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

Figura 7: (a) Chegada à Com. Rural Nossa Senhora de Fátima; (b) UBS da Com. rural Nossa Senhora de Fátima.

A Comunidade de São Sebastião, microárea visitada, possui estrutura semelhante às casinhas, mas comporta recepção, dois consultórios e um laboratório de endemias. A estrutura é precária e não possui ventilador ou arcondicionado (Figura 8). Este, criado para agilizar o diagnóstico de malária – doença endêmica na região – possui um técnico de laboratório como responsável. O exame é colhido assim que o profissional de saúde levanta a hipótese diagnóstica e pode ser confirmado de imediato, para início precoce do tratamento.

Figura 8: (a) Chegada à Comunidade São Sebastião; (b) Posto de Saúde da Com. São Sebastião; (c) Laboratório de endemias da Com. São Sebastião; (d) Vista da Com. São Sebastião.

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

Médicos

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

O tempo de atuação na APS variou de 5 a 16 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 a 11 anos. Dois médicos eram bolsistas do Programa Mais Médico (PMM) e os demais eram estatutários. O médico brasileiro do PMM (5) relatou durante a entrevista que era concursado do município, porém resolveu largar o concurso e entrar no Programa, pois considera a bolsa mais vantajosa do que o salario que recebia, principalmente por não ter que declarar no imposto de renda. Apenas um não possuía título de especialista. Quatro dos entrevistados declaram possuir outro trabalho, um em outra UBS e três em hospitais. Destes, um atua como bioquímico, cuja formação em farmácia antecedeu à de médico (Tabela 39).

Tabela 39: Perfil dos médicos entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

MÉDICOS						
Nº de identificação do entrevistado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Naturalidade/UF	Manaus – AM	Boca do Acre – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Tocantins – MG	Barinas – Venezuela
Município de residência	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	39	39	41	44	60	33
Ano de conclusão da graduação	2004	2003	2003	2000	2007	2010
Município/UF de graduação	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Caracas – Venezuela
Tempo de atuação na APS	11 anos	13 anos	12 anos	16 anos	5 anos	6 anos
Tempo de atuação na UBS	11 anos	2 anos	3 anos	3 anos	3 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40**	40**
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Bolsista	Bolsista
Possuí título de especialista	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim

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

**Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

O perfil de pacientes atendidos pelos profissionais é amplo e diversificado. Com relação ao escopo de atividades foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 49 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades básicas de saúde, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBSs e, se não realizavam, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do médico em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

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

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

- Tratamento de micoses superficiais
- Tratamento de dermatites

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

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

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

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

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

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

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

- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele
- Tratamento de hematoma subungueal
- Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)
- Remoção de calo doloso

- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva
- Parto normal de alto risco
- Eletrocardiograma

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, três avaliaram como muito ruim, dois avaliaram como ruim e um avaliou como nem ruim, nem bom. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: tempo alto de espera, não existência de contrarreferência, a baixa resolutividade e a não responsabilização das cooperativas pelos pacientes encaminhados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todos os médicos afirmaram consultar protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro realizam consulta/discussão de caso tanto com outros médicos quanto com outros profissionais de saúde e três participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Nenhum entrevistado utiliza o serviço de telessaúde.

Enfermeiros

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

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1 a 20 anos, sendo que cinco atuavam a mais de 10 anos. O tempo de atuação na UBS visitada variou de 1

a 11 anos. Todos eram estatutários. Cinco possuíam carga horária semanal de 40 horas e uma possuía dois vínculos no mesmo estabelecimento, cumprindo carga horária total de 60 horas. Dois entrevistados declararam trabalhar em outro local, sendo um hospital e um pronto atendimento. Todos os entrevistados declararam ter títulos de especialistas: um em enfermagem cardiovascular; um em urgência e emergência; um em saúde da família e administração hospitalar; um em obstetrícia; um em epidemiologia e saúde pública; e um em UTI neonatal e adulto (Tabela 40).

Tabela 40: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

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

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

** Possui dois vínculos de 30 horas semanais no mesmo estabelecimento.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

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

Os resultados indicam que os enfermeiros, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática. Do total de respostas, 57,4% foram assinaladas como ‘Faz na UBS’, 29,9% em ‘Não faz, mas sabe fazer’ e 12,7% em ‘Não faz, e não sabe fazer’. Entre os

procedimentos apresentados 88,2% (n=30) são realizados por pelo menos uma enfermeira na atenção primária.

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

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

Cinco dos entrevistados citaram, ainda:

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

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

Os seguintes procedimentos não são realizados por quaisquer entrevistados:

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

As seguintes atividades são desempenhadas por apenas um dos entrevistados:

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

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

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

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

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

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para não realização de procedimentos que os enfermeiros sabem fazer, porém não realizam nas UBS a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada' foi relatado por cinco entrevistadas. 'Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde' foi citado por três profissionais. Os demais motivos foram citados por dois ou menos entrevistados.

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

Com relação à percepção dos enfermeiros sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, apenas um afirmou não estar disposto a realizar nenhum procedimento médico: - "Nenhuma. Não tenho essa pretensão. A gente divide bem os papéis, aqui" (Enfermeiro 1). Três citaram a prescrição de medicamentos – um citou

antibióticos para infecções do trato urinário na gestação, um não especificou e um citou tratamento com antibiótico para vulvovaginites, tratamento para verminoses e dermatites na infância.

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

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

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

Sobre a realização de diagnósticos de doenças e prescrição de medicamentos, dentro de uma área específica de atuação – como já ocorre no Canadá, com enfermeiros pós-graduados e com experiência clínica – todos os entrevistados se mostraram dispostos, condicionando esta ampliação de escopo à capacitação adequada, à disponibilidade de insumos e ao respaldo jurídico e do conselho de enfermagem. Apenas um restringiu a atuação à saúde da mulher e da criança.

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

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

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

Outros motivos citados foram: tempo de espera prolongado, não existência de contrarreferência, encaminhamento de demanda que poderia ser resolvida nas UBSs, baixa resolutividade, existência de muita "burocracia" e encaminhamento só pode ser realizado pelo médico. Uma entrevistada relatou, ainda, o costume da população em

querer o especialista, sem antes ser atendido pelo clínico, e a vontade dos profissionais em atender o interesse desta população.

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

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

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

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

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

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

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todos os enfermeiros afirmaram que consultam protocolos clínicos, livros e artigos. Cinco realizam consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde (não enfermeiros), bem

como participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Quatro realizam consulta/discussão de caso com outros enfermeiros. Apenas um utiliza o recurso telessaúde. Outras citações foram: curso de aperfeiçoamento realizado pelo distrito de saúde, conversa com o responsável técnico do distrito e participação em projetos universitários/preceptoria.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do enfermeiro para o técnico de enfermagem. Neste caso todas as entrevistadas afirmam que os técnicos não poderiam interpretar exames laboratoriais, solicitar e interpretar exames de imagem e prescrever tratamento para vulvovaginites. A renovação da prescrição médica, a prescrição de medicamentos que constam na relação da farmácia básica, a interpretação do resultado de "Papanicolau" e a realização de pré-natal de baixo risco foram citadas por cinco enfermeiros como 'Não poderia ser realizada por técnicos'. As atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram: retirada de pontos (sem supervisão), realização do exame "Papanicolau" (sob supervisão indireta), realização de imobilizações e realização de curativos. Para estes houve divergência de respostas quando questionadas sob qual supervisão autorizariam (direta, indireta ou sem supervisão). O acolhimento de casos agudos foi vetado por apenas um entrevistado.

Dentistas

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

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

declarou ter título de especialista, sendo em cirurgia oral menor e estomatologia (Tabela 41).

Tabela 41: Perfil dos dentistas entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

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

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

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

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

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

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades na UBS:

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

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

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

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

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

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

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

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

> “A gente faz algumas coisas que seriam pra atenção especializada, pro CEO (Centro de especialidades odontológicas), tipo ‘*exo*’[dontia] de dente incluso, que não seria do nosso âmbito aqui. Mas a gente faz, eu faço nos meus pacientes! Até porque se eles forem pra lá [CEO], eles têm que ficar esperando um mês pra ser agendado, entendeu? E no meu caso específico, como é minha especialidade, eu concentro aqui. [...] Aí lanço como extração simples mesmo, porque a gente nem tem esse código no nosso monitoramento. Não consta na minha produtividade.” (Dentista 1)

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

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

Sobre a realização de cirurgias, colocação de coroa e endodontia – como já ocorre na atenção primária dos Estados Unidos – um entrevistado se mostrou disposto, condicionando à disponibilidade de materiais adequados, e acrescentou: “O cenário ideal seria que todos os problemas daquela pessoa fossem resolvidos nessa primeira porta de entrada” (Dentista 3). Um foi favorável à expansão apenas para a endodontia, alegando que cirurgias podem complicar, não sendo possível remoção de emergência. Um dentista afirmou não estar disposto a desempenhar estas atividades no Brasil.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Anestesia;
- Biópsia;
- Coroa (prótese fixa unitária);

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

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

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

Farmacêuticos

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

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

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

Um dos farmacêuticos relatou que não realiza “farmácia clínica”, desempenhando mais atividades gerenciais e de dispensação e orientação sobre medicamentos. Neste sentido,

os grupos de pacientes atendidos pelo farmacêutico correspondem a pacientes aos quais ele dispensa medicamentos. Ambos relataram atender desde lactentes até idosos, incluindo homens, mulheres e gestantes. Dentre os grupos vulneráveis ambos atendiam desabrigados/pessoas que vivem nas ruas, mas nenhum atendia imigrantes, quilombolas, pessoas privadas de liberdade ou populações sazonais. Dentre os pacientes portadores de doenças crônicas ambos atendiam pacientes diabéticos, hipertensos, cardiopatas, pacientes portadores de hipertireodismo, obesos, com doenças endêmicas, portadores de deficiência física, de sofrimento mental e paciente com problemas respiratórios.

Dentre estes grupos, o farmacêutico destacou que pacientes com hipertireoidismo são atendidos atualmente em outras unidades de saúde, como no Parque 10 e a unidade da Newton Lins e que, inclusive, os poucos medicamentos da farmácia básica para atender a estes pacientes seriam removidos da lista. Já os pacientes com câncer eram encaminhados para a Unidade de Saúde por uma antiga farmacêutica que atuava no NASF do município e em uma unidade do CECOM para que eles pudessem receber o medicamento “Ondansetrona”.

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

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

Atividades realizadas por ambos os profissionais incluem:

- Programar o abastecimento de medicamentos;
- Notificar à ANVISA reações adversas;
- Notificar à ANVISA queixas técnicas;
- Distribuir medicamentos;
- Realizar inventário de estoque;

- Dispensar medicamentos alopáticos;
- Dispensar medicamentos fitoterápicos;
- Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde;
- Controlar a validade dos medicamentos da UBS.

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

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

Ambos relataram não saber:

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

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

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

Dois entrevistados afirmaram que não realizam atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde. Com relação à percepção dos farmacêuticos sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos, um deles afirmou estar disposto a realizar consulta e prescrição de medicamentos para grupos seletos, para começar, como portadores de diabetes e hipertensão, mediante

capacitação para realizar tal atividade. O outro disse que não está disposto a realizar nenhuma atividade privativa do médico. Entretanto, ao ser questionado sobre a prescrição de medicamentos o farmacêutico se dispôs a realizar mediante regulamentação da prática junto às entidades de classe, habilitação por meio de curso de pós-graduação e existência de protocolos clínicos.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um declara ser boa, para os medicamentos estratégicos, mas ruim para os medicamentos do Componente Especializado, pois não há divulgação da lista padronizada pelo Estado, além de existir mais de uma lista, organizada segundo o preço do medicamento. O outro avaliou como muito ruim, já que a equipe desconhece o funcionamento do sistema regulador, não tem vagas disponíveis e que o sistema não funciona em rede.

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

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

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

- Elaborar lista de medicamentos;
- Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde;

- Qualificar fornecedores;
- Notificar à ANVISA reações adversas;
- Notificar à ANVISA e queixas técnicas;
- Administrar medicamentos injetáveis;
- Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo.

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

Psicólogo

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

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

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

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

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

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

O nível de confiança indicado para a realização das atividades/procedimentos que o entrevistado realiza e/ou sabe realizar foi Alto, com exceção da prescrição de medicamentos psicotrópicos, em que foi indicado um nível de confiança Médio e de dar orientações quanto ao uso adequado de psicofármacos, para o qual alega uma Baixa confiança. As principais formas de aprendizado destas atividades/procedimentos foi sozinho, a partir da prática profissional na UBS, e no curso de graduação.

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

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

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

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

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

> "Por que assim, na medida em que existe um profissional altamente preparado para isso, o curso dele todo foi isso, voltado para doença, a gente é voltado para pessoa (...) não tendo esse profissional a gente age sim. Eu não tenho o menor pudor em prescrever, se for necessário, mesmo não sendo legal as vezes, eu *to* lá

> no meio do mato, tem a medicação disponível lá e eu conheço, eu prescrevo na hora para o paciente tomar".

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

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

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

Nutricionista

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ela refere discutir caso com outros profissionais de saúde, consultar protocolos clínicos, livros e

artigos, além de participar de atividades educativas ou programas de educação permanente.

Gestores de UBS

Todas as gestoras entrevistadas eram do sexo feminino, com idade entre 34 e 45 anos. Duas eram formadas em enfermagem, uma com especialização em Obstetrícia/Saúde da Mulher e a outra em Saúde da Família e Gestão Publica Municipal. A terceira gestora formada em Serviço Social não possuía título de especialista na ocasião da pesquisa. As três estão no cargo de gestoras das UBSs há três anos. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de 3 a 23 anos (Tabela 42).

Tabela 42: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

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

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

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

As três entrevistadas concordam que **'a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas'.** Apenas uma das gestoras não concorda que '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária um qualificação especifica',** alegando que os

profissionais já são qualificados, sendo que a maioria dos profissionais que atuam na UBS possui título de especialista (Gestor 1)

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

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

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

> "A minha enfermeira é bem capacitada. Só que tem coisas que ela não pode fazer, além da profissão dela. Por exemplo, às vezes uma gravida com infecção urinaria ela tem que encaminhar para um ginecologista, mas ela podia muito bem resolver, pois ela sabe de todos os exames que são feitos, ela que acompanha o período todinho da gestante" (Gestora 1)
>
> "Tem algumas demandas que o enfermeiro poderia assumir e às vezes até já assume dentro do conhecimento dele. O enfermeiro da ESF que faz o pré-natal ele avalia o ultrassom, avalia os exames (...) um preventivo que o enfermeiro fez e detecta um corrimento vaginal, ele pode tem autonomia para prescrever o tratamento" (Gestora 2).

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

> "quando foi instituído a Saúde da Família em Manaus ele nasceu com uma característica diferente, (...) ela começou com o médico da família e não com o Programa de Saúde da Família (...) ela começou com esta característica centralizada no profissional médico (...) esse médico ficou enraizado na cultura.

> Se o paciente chegar aqui e não tiver o médico, o enfermeiro até tenta, mas ele não quer ser atendido pelo enfermeiro" (Gestora 2)

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

> "Por conta disto o corporativismo do médico ficou bem fortalecido. Foi uma briga muito ferrenha. A enfermeira atendia o paciente do pré-natal com infecção urinária e ela prescrevia o medicamento e o paciente pegava na mesma unidade e houveram médicos que utilizaram desta prescrição para entrar com processo contra a enfermeira " (Gestora 2)

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

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

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

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

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

Sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, se o Conselho Profissional ou Ministério da Saúde as opiniões foram diversas, enquanto uma afirma que ambas deveriam ter um peso, mas não a palavra final (Gestora 2); uma afirma que a palavra deveria ser do ministério da saúde (Gestora 1) e a outra que deveria ser do conselho (Gestora 3). Já se '**para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão**', apenas uma discorda.

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

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

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

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

Por fim, foi solicitado às gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. As três citaram como vantagem a melhoria da resolutividade da atenção básica. Duas acreditam que não existe uma desvantagem e uma enfatizou que a única dificuldade seria manter essa expansão, principalmente diante da falta de recursos humanos, de material e infraestrutura (Gestora 2).

O questionário de médicos está disponível no Apêndice B7.

Usuários

Foram entrevistados oito usuários do SUS, de ambos os sexos, em oito UBS diferentes – a idade dessas pessoas variou entre 25 e 73 anos, e a renda mensal pessoal máxima identificada foi de três salários mínimos. Dois usuários, respectivamente os usuários 5 e 6, relataram não receber qualquer tipo de renda mensal, citando como fonte de renda familiar apenas o auxílio doença recebido pelo cônjuge e o valor referente ao Programa Bolsa Família. A escolaridade dos entrevistados oscilou desde "Nenhuma escolaridade" até a formação completa no Ensino Médio. Nenhum dos usuários possuía plano privado de saúde à época da realização da pesquisa (Tabela 43).

Tabela 43: Perfil dos usuários entrevistados – Campo Manaus – Março, 2016.

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

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

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

Do total de entrevistados, a metade relatou já ter tido sua demanda em saúde resolvida ao procurar por profissional não médico na UBS. Em todos esses casos, o enfermeiro foi o profissional procurado, apontado como aquele que solucionou o problema de saúde dos usuários.

Uma série de situações de atendimentos em saúde na atenção primária, em que pressupunha, extraordinariamente, a ausência do médico na UBS, foi apresentada aos entrevistados, para que estes afirmassem como gostariam de ser atendidos. Em situação específica de suspeita de doença viral e coleta de exames para confirmação de resultado enquanto hipoteticamente recebia hidratação endovenosa, um dos entrevistados respondeu que procuraria outro serviço de saúde que pudesse ser atendido por um médico, enquanto outro afirmou que gostaria de ser atendido por um farmacêutico, por esse profissional ser melhor capacitado no que diz respeito a medicamentos: *"quando vou à farmácia, o farmacêutico sempre me orienta o medicamento"*. O restante dos usuários respondeu que desejaria ser acompanhado pelo enfermeiro da UBS; entre esses, um ainda relatou que poderia ser consultado também pelo técnico de enfermagem ou ainda pelo *"agente de saúde"*. Em circunstância de presença de sintomas de tosse há uma semana, o mesmo usuário que procuraria outra UBS na situação anteriormente relatada (Usuário 8), afirmou novamente que buscaria outro serviço, ao mesmo tempo que um dos entrevistados relatou preferir aguardar mais dois dias para ser atendido pelo médico, já que *"a enfermeira não pode prescrever tudo"*. O restante dos usuários preferiria ser atendido pelo enfermeiro no mesmo dia. Em hipótese de fortes e frequentes dores de cabeça, a maioria, o total de seis dos entrevistados, optaria pelo atendimento no mesmo dia, realizado pelo enfermeiro, e afirmou que faria uso de

medicamento anti-inflamatório prescrito por esse profissional durante a consulta realizada, enquanto os outros dois usuários decidiriam por serem consultados pelo médico da UBS após três dias. Por fim, em caso de queixa de dor nas costas há uma semana, cinco entre os usuários afirmaram que prefeririam consulta com o fisioterapeuta no mesmo dia, sendo que um desses voltaria depois para nova consulta com o médico, enquanto os outros três entrevistados relataram a escolha pela consulta médica após três dias.

Ao ser questionado quanto o nível de confiança durante a consulta com profissional não médico e utilização de tratamento prescrito nesse atendimento, o usuário poderia afirmar sentir-se muito mais confiante, um pouco mais confiante, nem mais nem menos confiante e não ter certeza quanto à pergunta realizada. Entre os entrevistados, quatro afirmaram sentirem-se muito mais confiantes ao saber que o profissional está autorizado pela lei para aquele tipo de atendimento, ao mesmo tempo que dois afirmaram não ter certeza quanto a isso, outro relatou que não se sentiria nem mais nem menos confiante, e o último não se sentiria confiante, ainda com a regulação por lei. Saber que o profissional tem formação para consultar e receitar o tratamento faria cinco usuários sentirem-se muito mais confiantes, enquanto dois relataram que não se sentiriam nem mais nem menos confiantes, e um afirmou não ter certeza quanto a isso. Saber que o profissional trabalha junto com o médico de referência, faria um dos entrevistados se sentir nem mais, nem menos confiante, quatro deles um pouco mais confiantes, e os três restantes muito mais confiantes. Na hipótese de saber que o profissional é especialista na doença dos usuários em questão, seis desses responderam que se sentiriam muito mais confiantes, ao passo que um afirmou não ter certeza quanto à questão, e outro relatou que se sentiria um pouco mais confiante. O fato de o profissional seguir o manual da unidade de saúde faria dois dos entrevistados sentirem-se muito mais confiantes, enquanto três afirmaram que se sentiriam um pouco mais confiantes e os outros três, nem mais nem menos confiantes. Saber que o profissional conheceria previamente o caso por meio da ficha do usuário, faria com que metade dos entrevistados sentissem-se um pouco mais confiantes, e a outra metade, muito mais confiante. Por fim, supondo que o profissional receitasse medicamentos há muitos anos, quatro entre os usuários afirmaram que se sentiriam muito mais confiantes, enquanto

três relataram que se sentiriam um pouco mais confiantes, e um, nem mais, nem menos confiante.

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

4.3.Considerações finais

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

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

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

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

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

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

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

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

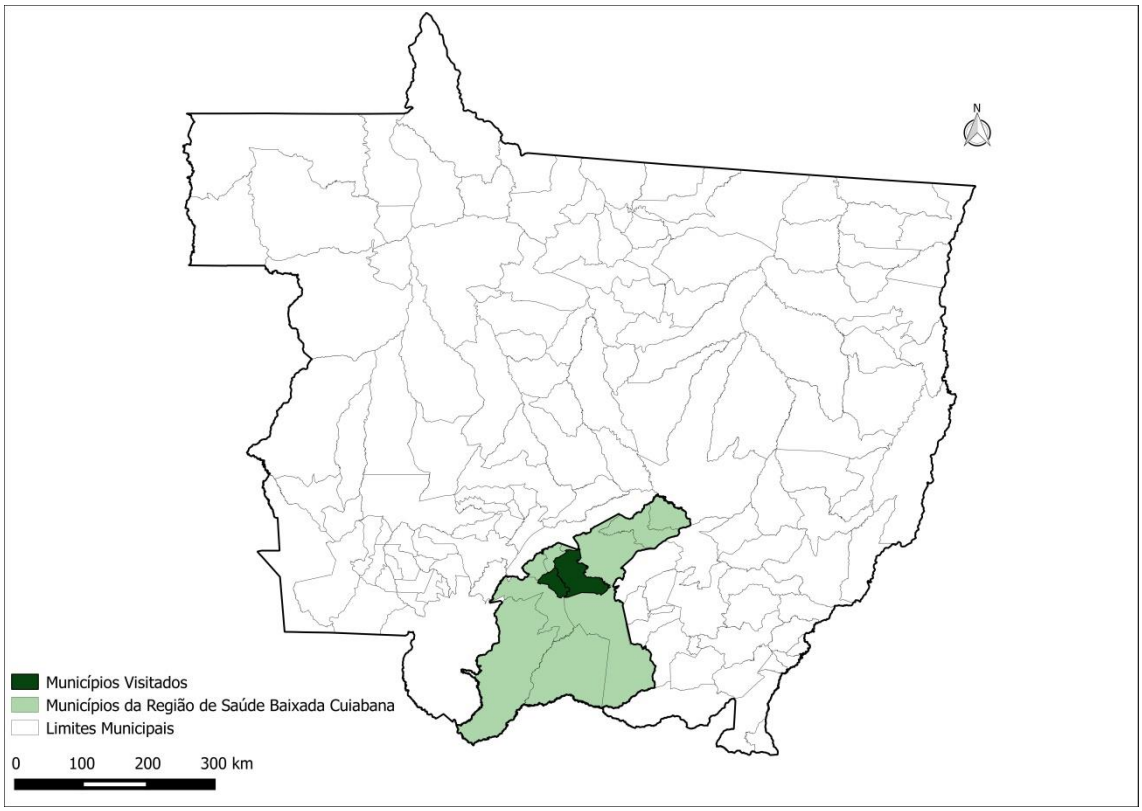
Chamou a atenção da equipe, os relatos sobre a falta de segurança das unidades de saúde, tanto da zona urbana, quando na zona rural. Varias unidades já sofreram assaltos, uma inclusive durante o horário de funcionamento, chegando também a assaltar também os usuários que estavam presentes na unidade.

5. Campo Cuiabá-Várzea Grande

5.1.Cenário de estudo

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

Mapa 4: Municípios da Região da Baixada Cuiabana



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

Cuiabá (MT)

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

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

Segundo os dados do CNES, em junho de 2015, Cuiabá possuía um total de 1.401 estabelecimentos de saúde, sendo 62,7% consultórios isolados (Tabela 44). Nesse mesmo ano, o CNES registrava um total de 5.057 vínculos de médicos para um total de 1.961 indivíduos, representando uma razão de 2,6 vínculos por médico. Com relação às demais profissões, a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é mais equilibrada, variando de 1,1 para os nutricionistas e 1,4 para os fisioterapeutas. Considerando apenas os profissionais da APS (Atenção Primária em Saúde), observamos que a razão de vínculo por indivíduo é quase proporcional para todas as profissões estudadas (Tabela 45).

Tabela 44– Distribuição de estabelecimento em Cuiabá por tipo de estabelecimento – Cuiabá (MT), 2015.

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

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

Tabela 45: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Cuiabá, 2015

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

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões incluídas neste estudo, entre os médicos, o vínculo mais comum é de autônomo (58,9%), sendo 26,5% pessoa física e 32,4% sem descrição se pessoa física ou jurídica. Entre os cirurgiões-dentistas, a maioria dos vínculos também é de autônomo (43,9%), sendo 25,6% pessoa física e 18,3% sem descrição, seguido por 24,3% com vínculo estatutário. Com relação aos enfermeiros, os vínculos são principalmente estatutário (26,31%), temporário (27,7%) e celetista (28,9%). Para os farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas, o vínculo mais comum é estatuário, respectivamente 37,8%, 26,5% e 36,7%. Já entre os fisioterapeutas, 26% são autônomos, sem descrição se pessoa física ou jurídica (Tabela 46).

Considerando apenas os profissionais que atuam na APS, observa-se que entre os médicos, quase a metade (49,5%) possui contrato temporário e 36,3% são estatutários. Entre os enfermeiros, a maioria dos vínculos também é de contrato temporário, seguido de estatutários, respectivamente 53,4% e 43,2%. Com relação aos dentistas, 12 são estatutários (38,7%) e sete possuem contrato temporário (22,6%), sendo que também sete possuem outro tipo de vínculo empregatício sem descrição no CNES. Os cinco farmacêuticos da APS são estatutários e os três fisioterapeutas, temporários. Com relação aos psicólogos/ psicanalistas e nutricionistas, a maioria dos vínculos é estatutário (Tabela 47).

Tabela 46: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cuiabá, 2015

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

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

Tabela 47: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cuiabá, 2015

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

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

Várzea Grande (MT)

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

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

Segundo dados do CNES, Várzea Grande possuía um total de 145 estabelecimentos de saúde em 2015, sendo 48,3% consultórios isolados e 16,6% Unidades de Apoio à Diagnose e Terapia (Tabela 48).

Tabela 48 – Distribuição de estabelecimento em Várzea Grande, por tipo de estabelecimento – Várzea Grande (MT), 2015.

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

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

Nesse mesmo ano, o CNES registrava um total de 759 vínculos de médicos para um total de 530 indivíduos. A razão de vínculos por indivíduos variou de 1,4 para os médicos e 1,0 para farmacêuticos e psicólogos. Já entre os profissionais da APS, a razão de vínculo por individuo é bem equilibrada para todas as profissões estudadas (Tabela 49).

Tabela 49: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Várzea Grande, 2015

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

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

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas, entre os médicos, o vínculo mais comum é de autônomo pessoa física (51,4%) seguido por estatutário (25,3%). Esta mesma tendência foi observada entre os cirurgiões-dentistas, em que 62,7% são autônomos pessoa física e 25,5% estatuários. Já a maioria dos enfermeiros e psicólogos possui contrato temporário, respectivamente 47,3 % e 57,7%. Já entre as demais profissões, o vínculo mais comum é de estatutário, 51,1% dos farmacêuticos, 44,8% dos fisioterapeutas e 46,4% dos nutricionistas (Tabela 50).

Entre os profissionais que atuam na APS, a maioria dos vínculos de médicos, dentistas e enfermeiros é temporário, seguido de estatutário. O único farmacêutico e o único nutricionista são estatutários. Em relação aos psicólogos, três são estatutários e um possui contrato temporário (Tabela 51).

Tabela 50: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Várzea Grande, 2015

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

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

Tabela 51 – Quantidade de vínculos das profissões estudadas que atuam na APS por tipo de vínculo em Várzea Grande, 2015

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

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

5.2.Entrevistas

Foram visitadas quatro unidades básicas de saúde, nas quais foram realizadas 24 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 52. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 52 - Relação de entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

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

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016

Caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados

A Atenção Primária em Saúde de Cuiabá é composta por 87 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo estabelecimentos com Programa de Saúde da Família (PSF) e de modelo tradicional[4]. Já Várzea Grande conta com 25 UBS, sendo 21 equipes de PSF e quatro centros de saúde tradicionais[5].

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

A UBS visitada em Várzea Grande possui equipe de PSF completa, sendo a médica integrante do Programa Mais Médicos (PMM). Além desses profissionais, atua um

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

estagiário de psicologia. A Unidade recebe outros programas de estágio da Universidade local. Os atendimentos em saúde bucal são realizados por uma dentista, que referencia para a Universidade, caso haja necessidade de atendimento especializado. A estrutura, apesar de comportar os consultórios e outros ambientes necessários, é apontada pela gestora como fator limitador da prática, assim como os recursos materiais. A unidade não tinha linha telefônica ou internet. A enfermeira tirava uma tarde de folga da Unidade para preencher os prontuários eletrônicos em casa, devido à falta de acesso a internet no local. Alguns entrevistados relataram ainda que o bairro onde se localiza a UBS é bem perigoso e que a mesma inclusive já foi assaltada (Figura 9).

Figura 9: Unidade Básica de Saúde - Várzea Grande/MT

A unidade rural de Cuiabá visitada funciona em uma estrutura localizada ao lado da escola pública da comunidade (Figura 10). Ela não possui equipe de saúde da família e adota, portanto, o modelo tradicional de centro de saúde. A equipe é composta por uma enfermeira, que também faz a gestão da unidade, um clínico geral, que estava aderindo à greve[6] à ocasião da pesquisa, uma ginecologista, um pediatra, técnicos de enfermagem e recepcionista. Não possui atendimento odontológico.

De acordo com os profissionais entrevistados na unidade, o número de famílias atendidas pela UBS está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde e há sempre um grande fluxo de usuários. O acesso aos serviços de apoio à diagnose e terapia é

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

restrito, o que, juntamente com a escassez de recursos físicos e humanos, prejudica a população. Segundo a gestora, por não fazer parte do PSF, há também um protocolo municipal diferenciado, limitando o escopo de prática dos profissionais que ali atuam. Pequenos procedimentos também não estão autorizados a serem executados no local, devido à associação do risco de complicação com a dificuldade de remoção para o centro de Cuiabá, caso seja necessário.

Figura 10: Unidade Básica de Saúde Rural - Cuiabá/MT

Uma das UBS visitadas na área urbana de Cuiabá funciona onde antes era uma policlínica municipal (Figura 11a). A unidade possui cinco equipes de PSF, incluindo profissionais de saúde bucal. Uma delas está atuando com desfalque de médico, mas a enfermeira conta que, como existe boa relação entre as duas equipes, o médico que está alocado na outra equipe atende os casos mais urgentes. Além desses profissionais, a unidade possui uma equipe piloto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), desde 2013. A equipe está completa, com exceção do Fonoaudiólogo e fornece apoio matricial a nove equipes de PSF.

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

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

Figura 11 (a, b): Unidades Básicas de Saúde - Cuiabá/MT

A outra unidade visitada na área urbana de Cuiabá possuía duas equipes de PSF atuantes, e, em uma delas, havia desfalque de médicos (Figura 11b). Não existia consultório odontológico no local e somente o médico da unidade pode realizar encaminhamentos para tais profissionais. As consultas especializadas são cadastradas no SISREG, cuja fila de espera pode ultrapassar dois anos, segundo o gestor da UBS.

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

Médicos

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

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1 mês a 27 anos, e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 1 mês a 15 anos. Uma médica era bolsista do 'Programa Mais Médicos', três eram contratadas temporariamente pela administração pública e apenas uma era estatutária. Duas possuíam título de médico da família e comunidade e uma de ginecologista e obstetra, que também se especializou em medicina legal, posteriormente. Duas das entrevistadas declararam possuir outro trabalho, uma como preceptora em Universidade e outra em consultório particular (Tabela 53).

Tabela 53: Perfil dos médicos entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

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

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

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

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

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

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

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

Apenas uma das médicas, que atua em uma unidade localizada em um Bairro precário de Cuiabá indicou que realiza na UBS:

- Incisão e drenagem de abcesso
- Imobilização de extremidades feridas
- Remoção de corpo estranho do ouvido
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)
- Infiltração de anestésico local
- Punção venosa
- Injeção intramuscular
- Injeção subcutânea
- Imobilização de fraturas
- Oxigenoterapia

- Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica
- Inserção de cateter ureteral
- Queixas de diminuição da acuidade visual (erros de refração, glaucoma, retinopatias e catarata)

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

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

Já aqueles indicados por três médicas incluíram:

- Incisão e drenagem de abcesso;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Punção venosa;
- Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica.

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

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

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

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

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os médicos sabem fazer, porém não os realizam nas UBS, a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’ foi citada pelas quatro entrevistadas que responderam à questão. Além disso, a ginecologista e obstetra conta da falta de medicamentos:

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

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

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

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

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

funciona um ambulatório de pequenas cirurgias, onde recebem todos os procedimentos que podem ser um pouco mais invasivos para os pacientes. Foram citados, ainda, 'imobilização' e 'casos de ortopedia':

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

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

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

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

> "Imagina colocar DIU numa comunidade rural! Foi assim, coloquei mais de 20. [...] Mas depois veio a orientação da gerência que não era pra ser realizado aqui, que todos esses casos deveriam ser encaminhados pro planejamento familiar. Do ponto de vista prático é pior, porque eu encaminho as pacientes, são poucas que têm o acesso, que conseguem marcar, conseguem colocar. Por outro lado eu entendo que aqui é um posto que não tem muitos recursos, é pra atendimento primário, é afastado. Então, uma possível complicação de uma inserção, coisa que é prevista, talvez a gente não tenha essa facilidade [*de encaminhamento em caso de urgência*]" (Médica 5)

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

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

> "Eu noto que aqui é mais rápido. Eles otimizam mais, porque é uma comunidade em que todos se conhecem. Eles ligam e marcam por telefone! É

> uma coisa muito bacana aqui. Isso é mérito da equipe aqui, das meninas, porque são todos conhecidos". (Médica 5)

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfermeiros

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

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 9 meses a 5 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 9 meses a 3 anos. Três possuíam vínculo como estatutário e dois eram contratados temporariamente. Todos possuíam carga horária semanal de 40 horas. Nenhum dos entrevistados declarou trabalhar em outro local. Três respondentes afirmaram ter títulos de especialistas: um em auditoria; um em emergência em saúde pública e um em saúde da família (Tabela 54).

Tabela 54: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

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

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

O perfil dos pacientes atendidos pelos enfermeiros entrevistados é bem amplo, e não apresenta muita variação. Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 34 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do enfermeiro em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

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

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

- Comunicar diagnóstico aos pacientes (como hipertensão e diabetes);

- Encaminhar usuários a outros serviços;
- Interpretar exames laboratoriais;
- Realizar exame de ‘Papanicolau’;
- Interpretar exame de ‘Papanicolau’;
- Retirar pontos;
- Realizar pré-natal de baixo risco;
- Realizar consulta de puericultura;
- Prescrever curativos;
- Realizar curativos;
- Aplicar vacinas.

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

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

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

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

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

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

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

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam, mas sabem fazer, ‘renovar a prescrição médica’ foi citado por todos os entrevistados. ‘Prescrever medicamentos para

pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas' e 'realizar eletrocardiograma' foram citadas por quatro profissionais.

Entre os procedimentos que os enfermeiros não realizam e não sabem realizar, 44,1% (n=15) foram indicados por pelos menos uma das entrevistadas, sendo 'anestesia local' citada por todos os entrevistados, seguido por 'prescrever medicamentos controlados' e 'realizar teste tuberculínico', apontados por quatro profissionais.

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

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

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

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

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

Com relação à percepção dos enfermeiros sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, apenas um afirmou não estar disposto a realizar qualquer procedimento médico. Três citaram a prescrição de medicamentos, não especificando qual classe. A solicitação de exames foi citada por dois entrevistados (sangue, em geral, e imagem, para mulheres e gestantes). O encaminhamento para especialistas, o pré-natal de baixo risco e o diagnóstico de determinadas doenças, como tuberculose, hanseníase e sífilis, também foram citadas por um dos entrevistados. Um dos entrevistados ressaltou a importância de executar tais tarefas, principalmente em áreas rurais:

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

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

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

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

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um avaliou como boa, outro, como nem ruim e nem boa, um como ruim

e dois como muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: tempo de espera prolongado, inexistência de contrarreferência, pactuação com outros estados, reduzindo o número de vagas para residentes locais, muitas vezes a aceitação de encaminhamento realizado apenas pelo médico e a desestruturação da rede.

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

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

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

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

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

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

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

Dentistas

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

O 'Dentista 2', entrevistado em Cuiabá, era do sexo masculino, 39 anos de idade, natural de Curitiba/PR e residente de Cuiabá/MT. Graduou-se em Presidente Prudente/SP e especializou-se em endodontia e em saúde pública. Trabalhava há treze anos na APS, sendo três meses na unidade em que foi realizada a pesquisa. Sua carga

horária semanal também era de 40 horas e seu vínculo era como estatutário. Afirma não atuar em outro local.

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

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

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

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

Todos os entrevistados afirmam realizar as seguintes atividades:

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

Os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Clareamento;
- Coroa (prótese fixa e unitária);
- Próteses removíveis;
- Implante dentário;
- Biópsia;
- Tratamento ortodôntico corretivo;
- Cirurgia periapical;
- Pulpotomias;
- Endodontia unirradicular;
- Endodontia de molares;
- Moldagem; e
- Ortodontia preventiva.

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

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

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

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

> “É porque eu sou da filosofia que atenção básica, pra quem trabalha com promoção e prevenção, o trabalho é muito grande. E eu acho que tem que ser distinto mesmo, porque quando você mistura [...] o público muda! E eu falo que o público que eu atendo e o público que vai nessas clínicas do município é diferente. Aqui eu atendo [...] trabalhos que, de fato, são de promoção e prevenção. [...] Mas aí você muda o grupo. [*Se realizar atividades de especialistas*] Vai começar a chegar gente pra mim, aqui, pra arrancar dente, pra fazer abertura de dente que já tem que fazer tratamento de canal, não são grupos que precisam e, naquele momento, não querem nem saber de promoção e prevenção. Ele tá com dor, ele tá cansado, ele não tá dormindo direito! São outros problemas [...] aí tem que ser no CEO. (Dentista 2)

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

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

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, o entrevistado de Cuiabá afirmou ser boa, “mas sempre tem o que melhorar [...] tem os entraves, mas a gente busca a solução” (Dentista 2). Já o

profissional que atua em Várzea Grande alega que é ruim, uma vez que não existe o serviço em seu município, somente em Cuiabá:

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

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

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

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

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

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

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

Fisioterapeutas

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

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

Foi disponibilizada à profissional uma lista de 30 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos mais e menos comuns de serem realizados na atenção primária para que a entrevistada indicasse se realizava ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabia ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional ao desempenhar esses procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que a fisioterapeuta está executando o que sabe fazer, de modo geral, na prática. Entre os procedimentos apresentados, 80% (n=24) são realizados pela profissional, na UBS:

- Acompanhamento/tratamento de pacientes com dor crônica;

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

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

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

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

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

Os motivos identificados na entrevista para não realização de procedimentos que a fisioterapeuta sabe fazer, porém não realiza na UBS foram 'falta de materiais e

infraestrutura inadequada' e 'não existe demanda para a realização destes procedimentos'.

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

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

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

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

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

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

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

> "Quando, por exemplo, o paciente vem com um caso que não é muito específico e precisa de um ortopedista especialista ou tá com algum problema cardíaco, a gente faz uma ficha de encaminhamento [...] Aí ele procura a recepção e o rapaz direciona ou pro centro de especialidades médicas ou pra central de regulação, que manda pras outras unidades. [...] Eu não tenho retorno [...] Sei que eles conseguem, mas demora!"

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

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

Psicólogo

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

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

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

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

- Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias;
- Atendimento a pacientes em crise;
- Atendimento familiar e/ou casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico;
- Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais;
- Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência/ plantão psicológico;
- Supervisão de outros profissionais.

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

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

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

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

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

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

O nível de confiança indicado para a realização das atividades que a entrevistada realiza e/ou sabe realizar variou entre alto e médio, porém a entrevistada frisou que na maior parte das vezes depende do tipo de caso, não sendo possível afirmar qual o nível de confiança para determinada atividade. A principal forma de aprendizado das atividades foi sozinha, a partir da prática profissional e por meio da graduação.

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

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

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

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

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

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

Gestores de UBS

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

em que trabalhavam na ocasião da entrevista, de 5 meses a 4 anos e como gestor, variou de 5 meses a 2 anos (Tabela 55).

Tabela 55: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

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

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

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

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

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

> "Aqui em Cuiabá vocês vão ter um choque [...] a atenção básica é restrita demais! Aqui a gente não faz uma sutura. Pra você ter uma ideia, hoje eu atendi uma mulher com Sífilis e tive que mandar ela pra atenção secundária pra tomar Benzetacil®. Eu não tenho nem injetáveis na atenção básica aqui. [...] Os gestores do passado entenderam que a atenção básica não faria esse tipo de trabalho, então tem uma portaria municipal impedindo a gente de realizar injetáveis aqui. A criança com um vômito, que você precisa resolver e não *tá* parando nada via oral, tem que resolver por via parenteral. [...] Você sabe o que tem que fazer: você tem que hidratar a criança e fazer ela parar de vomitar. Então, se tivesse aqui, você hidratava, aplicava o injetável e ela ia embora pra casa. Não! Agora você tem que mandar pra referência, porque só lá que tem injetáveis". (Gestor 1)

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

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

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

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

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

> "Muita coisa daria pra fazer, mas a gente tem o básico do básico. [...] Então a gente não tem condição de realizar isso. Por questão de infraestrutura, de material... Quase nunca tem gaze pra poder fazer algum procedimento. Então, assim, é muito precária a atenção básica. Eles falam tanto, assim: "O foco principal é a [atenção] básica. A [atenção] básica é tudo!" Mas eles não investem! [...] Então a gente ajuda com o que a gente pode fazer. Tem uma limitação na prática. [...] Por exemplo, eu não tenho *internet* na minha unidade. E tudo agora é via *internet*. Então não tem como! Ou a gente vê em casa ou eu vejo naquele modem que eu tenho vontade de quebrar aquilo ali. [...] Não dá! Aí a gente tem o e-SUS[7] pra fazer, mas faz como?" (Gestor 4)

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

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

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

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

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

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

> "A impressão que eu tenho é de que sempre o enfermeiro que acaba resolvendo tudo. [...] Porque médico sempre tem outras atividades, então nunca é dedicado exclusivamente para a unidade. Essa que é a verdade. [...] O enfermeiro não, ele passo o tempo inteiro aqui. Então chega paciente, ele que tem que resolver o problema dele, ele que tem que sanar as dificuldades que a unidade tem. Tudo é o enfermeiro! Médico só quer saber de pegar os prontuários já prontos, consultar e *benção*!" (Gestor 4)

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

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

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

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

Eles concordam também que **'O Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica'**, mas um faz uma ressalva: "[...] não dá pra ele definir totalmente sendo que ele não está vendo a realidade aqui na ponta (Gestor 2).

Com relação à delegação de tarefas, se **'é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos'**, três concordam e um não concorda, nem discorda, alegando que existe a habilidade e a capacidade individual do profissional, mas também existe a parte legal, que deve ser levada em conta para se delegar tarefas.

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

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

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

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. Com relação à cardiologia, os gestores citaram algumas atividades como hipertensão compensada (Gestores 1, 3 e 4), diagnóstico de arritmias, através do envio do eletrocardiograma por telessaúde (Gestor 1), sopro (Gestor 4) e eletrocardiograma

(Gestores 1, 3 e 4), sendo que este último, para um dos entrevistados, "[...] até mesmo um profissional da enfermagem poderia estar fazendo" (Gestor 3).

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

Em relação à oftalmologia, os gestores citaram doenças infectocontagiosas oculares (Gestores 1 e 4) e triagem de acuidade visual, se tivesse a Tabela de Snellen na UBS (Gestores 2, 3 e 4). Os outros casos devem ser encaminhados para o especialista, "[...] por causa da aparelhagem toda" (Gestor 1). O gestores 3 e 4 afirmam que têm pacientes aguardando há mais de 1 ano uma consulta com esses especialistas. O gestor 2 confirma essa informação e acrescenta:

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

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

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

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

Outros profissionais não médicos foram citados, a exemplo de atividades dos nutricionistas e dos psicólogos (Gestor 4).

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

Por fim, foi solicitado aos gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. Foram apontadas como vantagens: maior cuidado com os usuários; melhor resolutividade da APS, reduzindo tempo de espera para o atendimento; redução do fluxo para atenção secundária, aumentando a qualidade deste serviço. As desvantagens foram citadas apenas pelo gestor 1, que prevê o aumento da demanda na APS, sem que haja aumento de recursos humanos e insumos. O gestor 3 afirma que apenas com a prática poderá observar as desvantagens.

Usuários

Foram entrevistados seis usuários do SUS, de ambos os sexos, em três UBS diferentes, uma em Várzea Grande e as outras em Cuiabá. A idade dos entrevistados variou entre 24 e 62 anos e a renda mensal pessoal máxima identificada foi de três salários mínimos, sendo que um dos usuários relatou não receber qualquer tipo de renda mensal. A escolaridade dos entrevistados oscilou desde Ensino Fundamental incompleto até a formação incompleta no Ensino Superior. Somente um dos usuários possuía plano privado de saúde (*PAX Nacional*) à época da realização da pesquisa (Tabela 56).

Tabela 56: Perfil dos usuários entrevistados – Campo Cuiabá – Abril, 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.Considerações finais

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

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

Quanto à disponibilidade de encaminhamento à atenção secundária e terciária, as respostas variaram entre os entrevistados. A maioria dos médicos e enfermeiros considera o sistema de encaminhamento ruim ou muito ruim, principalmente devido à demora, número limitado de vagas, não existência de contra referência e falta de organização da rede. Entre as especialidades com maior dificuldade foram citadas a ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e a neurologia. A dificuldade de acesso a exame de

imagem também foi destacada em uma das entrevistas. Entre os dentistas, apenas o que atua em Várzea Grande considera o sistema ruim, pois no munícipio não existe referência para o paciente do SUS. Já a fisioterapeuta considera o sistema de encaminhamento nem ruim, nem bom e a psicóloga, bom.

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

Entre os enfermeiros, a prescrição de medicamentos foi uma atividade para potencial expansão de prática, sendo que a renovação de receitas médicas e a prescrição de medicamentos para pacientes com doenças crônicas já diagnosticadas são atividades que estes profissionais relataram já saber fazer. Além destes, os enfermeiros citaram que gostariam de solicitar exames e um deles citou a importância de poder encaminhar a especialistas, realizar pré-natal de baixo risco e diagnosticar determinadas doenças, principalmente em áreas rurais.

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

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

Os gestores se mostraram a favor da expansão das atividades clínicas dos profissionais, citando que a atuação do profissional de enfermagem é atualmente limitada e que estes

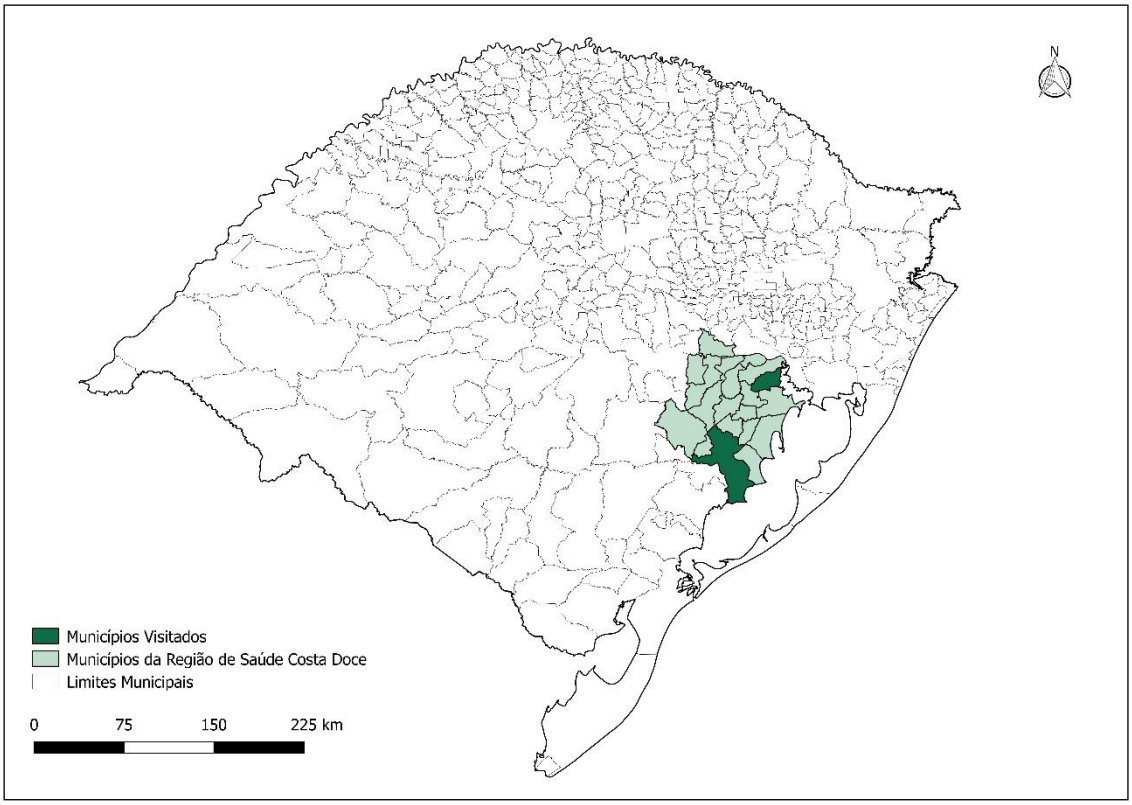
profissionais possuem baixo nível de autonomia. Eles citaram que os médicos poderiam realizar pequenas cirurgias, atendimento de urgências, aplicação de medicamentos injetáveis e alguns exames de imagem e que a prescrição de medicamentos permitidos em unidades de estratégia de saúde da família, remoção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

6. Campo Guaíba e Camaquã (RS)

6.1. 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, incluem: 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 (Tabela 57).

Tabela 57 - Distribuição de estabelecimento, por tipo de estabelecimento – Guaíba (RS), junho de 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%
Posto de Saúde	7	7,2
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	5	5,2
Policlínica	3	3,1
Hospital Geral	3	3,1
Consultório Isolado	49	50,5
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	16	16,5
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**

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. (Tabela 58).

Tabela 58 - 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

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 59).

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 60).

Tabela 59 - 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 60 - 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.

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%) (Tabela 61). 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. (Tabela 62).

Tabela 61 - Distribuição de estabelecimento, por tipo de estabelecimento – Camaquã (RS), junho de 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%
Posto de Saúde	5	3,3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1	0,7
Policlínica	4	2,6
Hospital Geral	1	0,7
Consultório Isolado	106	69,7
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	13	8,6
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**

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

Tabela 62 - 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

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 63).

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 64).

Tabela 63 - 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 64 - 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.

6.2.Entrevistas

Foram realizadas 25 entrevistas com profissionais de saúde e usuários, conforme a tabela 65. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 65- 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 clínico-geral, 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.[8]

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.

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

Figura 12: Unidades Básicas de Saúde - Guaíba/RS

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.

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 66).

Tabela 66: 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 por todos 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, nenhum entrevistado 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 67).

Tabela 67: 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 não 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 graduou-se, 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 sabem 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 entrevistada se 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 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 68).

Tabela 68: 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 69).

Tabela 69: 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.

6.3.Considerações finais

A recepção dos pesquisadores em campo foi considerada boa. Não houveram 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. O 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.

Apêndice A – Mercado Formal (RAIS)

A1 – Barretos (SP)

O município de Barretos é o maior da região, com 3.402 estabelecimentos informados na RAIS 2013, e um total de 32.975 vínculos formais de emprego. Havia 11 estabelecimentos de Atividades de Atendimento Hospitalar, com uma média de 304 vínculos por estabelecimento. O município contava ainda com sete estabelecimentos relacionados à fabricação de medicamentos e insumos médico-odontológicos, que somavam 154 vínculos empregatícios. O comércio varejista respondia por 33% dos estabelecimentos e 17% dos vínculos de emprego, incluindo 75 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário, 15 óticas e 14 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos.

Os maiores QLs de estabelecimentos foram observados na Fabricação de Produtos à Base de Café (25,1) e na Fabricação de Artigos de Cutelaria (21,1). Com relação aos vínculos, os maiores QLs foram observados na Fabricação de Produtos de Carne (44,4), Fabricação de Equipamentos Hidráulicos e Pneumáticos, Exceto Válvulas (26,5) e no Cultivo de Laranja (25,2) (Tabela 1).

Havia 123 vínculos formais de emprego de médicos no município, 96% deles no setor público municipal (Tabela 8). O setor público municipal era responsável também pela maioria dos vínculos de dentistas (77,5%), dos agentes da saúde e do meio ambiente (98,6%) e dos agentes comunitários de saúde e afins (57,7%). As Entidades sem Fins Lucrativos, por sua vez, respondiam pela maioria dos vínculos dos enfermeiros (84%), dos técnicos e auxiliares de enfermagem (85%) e dos técnicos e auxiliares de patologia clínica (88%). O setor privado lucrativo respondia por 59% dos vínculos de farmacêuticos (Tabela 2). À exceção dos dentistas, todas as ocupações apresentaram movimentação em 2013, e apenas os Ortoptistas e Óticos terminaram o ano com saldo negativo entre admitidos e desligados (Tabela 3).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos, seguido pelos cirurgiões dentistas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnicos de equipamento médico-odontológico. Com exceção dos técnicos/auxiliares de enfermagem, técnicos/auxiliares de patologia clínica e auxiliar de

laboratório a remuneração média mensal em reais das ocupações de saúde em Barretos é superior a média da região de saúde (Tabela 4 e 5).

Tabela 1 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Barretos, SP, 2013.

Classe de atividade econômica (CNAE)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	**3.402**			**32.975**			**9,7**
Atividades de Atendimento Hospitalar	11	0,32	1,4	3.343	10,14	4,6	303,9
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	1	0,03	7,1	5	0,02	2,8	5,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	128	3,76	1,3	396	1,20	2,2	3,1
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	6	0,18	0,3	106	0,32	0,7	17,7
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	25	0,73	1,4	30	0,09	0,7	1,2
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	13	0,38	1,5	24	0,07	0,4	1,8
Fabricação de Produtos Farmoquímicos	2	0,06	14,6	8	0,02	2,2	4,0
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano	2	0,06	4,5	111	0,34	2,0	55,5
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	1	0,03	23,0	10	0,03	9,5	10,0
Fabricação de Instrumentos e Materiais para Uso Médico e Odontológico e de Artigos ópticos	2	0,06	0,6	25	0,08	0,7	12,5
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	1	0,03	0,4	1	0,00	0,0	1,0
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	4	0,12	1,0	28	0,08	1,1	7,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	75	2,20	1,1	315	0,96	1,1	4,2
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	14	0,41	3,1	33	0,10	2,2	2,4
Comércio Varejista de Artigos de óptica	15	0,44	0,8	41	0,12	0,9	2,7
Administração Pública em Geral	7	0,21	0,5	2.952	8,95	0,5	421,7
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.014	29,81		5.259	15,95		5,2
Cultivo de Cana-De-Açúcar	101	2,97	12,3	421	1,28	3,8	4,2
Cultivo de Laranja	52	1,53	11,7	870	2,64	25,2	16,7
Cultivo de Plantas de Lavoura Permanente não Especificadas Anteriormente	33	0,97	9,8	115	0,35	6,2	3,5
Atividades de Apoio à Agricultura	17	0,50	0,9	74	0,22	1,1	4,4
Abate de Reses, Exceto Suínos	4	0,12	3,2	2.048	6,21	23,6	512,0
Fabricação de Produtos de Carne	1	0,03	0,7	1.748	5,30	44,4	1.748,0
Fabricação de Produtos à Base de Café	1	0,03	25,1	39	0,12	14,4	39,0
Fabricação de Massas Alimentícias	2	0,06	0,9	16	0,05	0,5	8,0
Fabricação de Produtos Alimentícios não Especificados Anteriormente	3	0,09	0,8	532	1,61	8,3	177,3
Impressão de Materiais para Outros Usos	4	0,12	0,5	14	0,04	0,4	3,5
Fabricação de Tanques, Reservatórios Metálicos e Caldeiras para Aquecimento Central	2	0,06	4,2	11	0,03	1,4	5,5
Fabricação de Artigos de Cutelaria	4	0,12	21,1	54	0,16	9,5	13,5
Fabricação de Aparelhos Eletrodomésticos não Especificados Anteriormente	1	0,03	3,3	2	0,01	0,1	2,0
Fabricação de Equipamentos Hidráulicos e Pneumáticos, Exceto Válvulas	1	0,03	2,5	211	0,64	26,6	211,0
Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	2	0,06	1,1	1	0,00	0,1	0,5
Comércio Atacadista de Hortifrutigranjeiros	3	0,09	0,5	17	0,05	0,4	5,7
Aluguel de Máquinas e Equipamentos Agrícolas sem Operador	6	0,18	6,1	18	0,05	4,7	3,0
Envasamento e Empacotamento Sob Contrato	2	0,06	3,6	71	0,22	8,1	35,5
Atividades de Recreação e Lazer não Especificadas Anteriormente	4	0,12	0,9	48	0,15	2,3	12,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 2 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Barretos, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	**Vínc ativos em 31/12**	**% Púb Munic.**	**% Priv. Lucrat.**	**% Entidades sem Fins Lucrativos**	**% P. Física e outras Org. Legais**
Médicos	123	95,93	2,44	1,63	0,00
Dentistas	49	77,55	0,00	22,45	0,00
Farmacêuticos	132	15,91	59,09	25,00	0,00
Enfermeiros	307	9,45	5,86	84,04	0,65
Fisioterapeutas	70	20,00	4,29	75,71	0,00
Téc/Aux. Enfermagem	1.353	10,20	4,21	85,14	0,44
Ortoptistas e Óticos	4	0,00	100,00	0,00	0,00
Técnicos da Odontologia	46	0,00	32,61	43,48	23,91
Téc. Equip. Med. Odonto.	141	0,00	15,60	84,40	0,00
Téc/aux. Patologia Clín.	43	0,00	11,63	88,37	0,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	217	98,62	0,92	0,00	0,46
ACS e afins	26	57,69	3,85	26,92	11,54
Aux. Lab. saúde	7	0,00	100,00	0,00	0,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 3 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Barretos, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	13	7	6	0	0,0
Dentistas	0	0	0	0	0,0
Farmacêuticos	78	65	13	5	6,4
Enfermeiros	84	65	19	5	6,0
Fisioterapeutas	20	15	5	9	45,0
Téc/Aux. Enfermagem	302	288	14	28	9,3
Ortoptistas e Óticos	4	5	-1	0	0,0
Técnicos da Odontologia	17	10	7	2	11,8
Téc. Equip. Med. Odonto.	10	9	1	1	10,0
Téc/aux. Patologia Clín.	3	2	1	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	32	18	14	1	3,1
ACS e afins	6	2	4	0	0,0
Aux. Lab. saúde	4	0	4	0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 4 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Barretos (SP) e média das Regiões de Saúde de Norte e Sul Barretos, 2013.

CBO 2002 - Família ocupacional	Media da Região	Barretos
Médicos	5.737,00	5.814,00
Dentistas	3.502,00	4.886,00
Farmacêuticos	2.384,00	2.440,00
Enfermeiros	2.989,00	3.391,00
Fisioterapeutas	2.092,00	2.362,00
Téc/Aux. Enfermagem	1.355,00	1.341,00
Ortoptistas e Óticos	1.255,00	1.399,00
Técnicos da Odontologia	1.059,00	1.125,00
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.415,00	2.473,00
Téc/aux. Patologia Clín.	1.684,00	1.647,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.333,00	1.390,00
ACS e afins	1.089,00	2.148,00
Aux. Lab. saúde	1.130,00	1.014,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 5 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Barretos (SP) e média das Regiões de Saúde de Norte e Sul Barretos, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Barretos
Médicos	55,10	66,70
Dentistas	32,00	62,00
Farmacêuticos	14,60	14,90
Enfermeiros	18,90	21,00
Fisioterapeutas	17,90	21,10
Téc/Aux. Enfermagem	8,60	8,40
Ortoptistas e Óticos	7,10	8,00
Técnicos da Odontologia	6,20	6,50
Téc. Equip. Med. Odonto.	23,90	24,60
Téc/aux. Patologia Clín.	14,10	14,70
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,30	8,70
ACS e afins	6,60	12,90
Aux. Lab. saúde	6,50	5,80

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

A2 – Olímpia (SP)

Olímpia contava com 1.714 estabelecimentos informados na RAIS 2013, cerca de 30% deles relacionados ao comércio varejista, incluindo 33 farmácias e nove óticas. Ainda no setor saúde, o município contava também com 2 hospitais e 60 estabelecimentos de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos. Os dois estabelecimentos de Fabricação de Açúcar em Bruto concentravam 20% dos vínculos formais de emprego do município, seguido pelo comércio varejista, com 15% dos vínculos. Os maiores quocientes locacionais observados no município foram na Fabricação de Intermediários para Fertilizantes, para estabelecimentos (67,8) e na Fabricação de Fios, Cabos e Condutores Elétricos Isolados para vínculos (88,9) (Tabela 6).

Havia 50 vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2013, no município, 92% deles no setor público municipal (Tabela 7), e o saldo entre admissões e desligamentos da categoria foi de 5 vínculos positivos (Tabela 8).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e dentistas de Olímpia. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais são pagos aos agentes de saúde e meio ambiente. Já a melhor remuneração média por hora é paga aos técnicos de equipamento médico-odontológico. A remuneração média em Olímpia é inferior à média das regiões de saúde para os farmacêuticos, enfermeiros, e técnicos de equipamento médico-odontológico. Em relação à remuneração média por hora as únicas ocupações que possuem remuneração superior à média das regiões de saúde são os técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos da odontologia, agentes de saúde e meio ambiente, ACS e auxiliar de laboratório de saúde (Tabela 9 e 10).

Tabela 6 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Olímpia, SP, 2013.

Classe de atividade econômica (CNAE)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	**1.714**			**14.856**			**8,7**
Atividades de Atendimento Hospitalar	2	0,12	0,5	238	1,60	0,7	119,0
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	60	3,50	1,2	95	0,64	1,1	1,6
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	11	0,64	1,2	44	0,30	0,7	4,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	6	0,35	0,7	7	0,05	0,4	1,2
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	3	0,18	0,7	2	0,01	0,1	0,7
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	3	0,18	2,3	156	1,05	8,1	52,0
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	1	0,06	0,5	42	0,28	3,6	42,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	33	1,93	1,0	135	0,91	1,0	4,1
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	2	0,12	0,9	3	0,02	0,4	1,5
Comércio Varejista de Artigos de óptica	9	0,53	1,0	16	0,11	0,8	1,8
Administração Pública em Geral	3	0,18	0,4	1.464	9,85	0,6	488,0
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	457	26,66		2.140	14,40		4,7
Cultivo de Cana-De-Açúcar	72	4,20	17,4	153	1,03	3,1	2,1
Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais	2	0,12	1,7	17	0,11	2,8	8,5
Cultivo de Laranja	121	7,06	54,0	332	2,23	21,4	2,7
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva	5	0,29	1,6	6	0,04	0,3	1,2
Cultivo de Plantas de Lavoura Permanente não Especificadas Anteriormente	24	1,40	14,2	34	0,23	4,1	1,4
Atividades de Apoio à Agricultura	15	0,88	1,6	43	0,29	1,4	2,9
Abate de Reses, Exceto Suínos	1	0,06	1,6	272	1,83	7,0	272,0
Fabricação de Sucos de Frutas, Hortaliças e Legumes	2	0,12	7,2	6	0,04	1,0	3,0
Fabricação de Açúcar em Bruto	2	0,12	13,0	2.901	19,53	30,1	1450,5
Fabricação de Produtos Alimentícios não Especificados Anteriormente	2	0,12	1,1	15	0,10	0,5	7,5
Impressão de Materiais para Outros Usos	6	0,35	1,6	31	0,21	1,8	5,2
Fabricação de Intermediários para Fertilizantes	1	0,06	67,8	4	0,03	5,4	4,0
Fabricação de Tanques, Reservatórios Metálicos e Caldeiras para Aquecimento Central	5	0,29	20,7	13	0,09	3,8	2,6
Fabricação de Fios, Cabos e Condutores Elétricos Isolados	4	0,23	21,2	795	5,35	88,9	198,8
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação	4	0,23	5,4	96	0,65	4,4	24,0
Manutenção e Reparação de Tanques, Reservatórios Metálicos e Caldeiras, Exceto para Veículos	5	0,29	19,9	168	1,13	80,1	33,6
Comércio Atacadista de Hortifrutigranjeiros	3	0,18	1,0	9	0,06	0,4	3,0
Operadores Turísticos	4	0,23	18,7	25	0,17	27,7	6,3
Atividades de Recreação e Lazer não Especificadas Anteriormente	4	0,23	1,7	430	2,89	45,9	107,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 7 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Olímpia, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Púb Munic.	% Priv. Lucrat.	% Entidades sem Fins Lucrativos	% P. Física e outras Org. Legais
Médicos	50	92,0	6,0	2,0	0,0
Dentistas	33	84,8	0,0	15,2	0,0
Farmacêuticos	42	11,9	85,7	2,4	0,0
Enfermeiros	56	35,7	30,4	33,9	0,0
Fisioterapeutas	9	66,7	11,1	22,2	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	178	29,8	10,1	58,4	1,7
Ortoptistas e Óticos	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Técnicos da Odontologia	8	75,0	12,5	0,0	12,5
Téc. Equip. Med. Odonto.	5	0,0	100,0	0,0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	19	52,6	47,4	0,0	0,0
ACS e afins	54	94,4	1,9	0,0	3,7
Aux. Lab. saúde	10	20,0	80,0	0,0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 8 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Olímpia, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	6	1	5	0	0,0
Dentistas	1	1	0	1	100,0
Farmacêuticos	13	11	2	2	15,4
Enfermeiros	27	12	15	1	3,7
Fisioterapeutas	2	1	1	0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	23	19	4	0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos da Odontologia	0	2	-2	0	0,0
Téc. Equip. Med. Odonto.	1	1	0	0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	0	0	0	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	25	20	5	0	0,0
ACS e afins	6	12	-6	0	0,0
Aux. Lab. saúde	1	4	-3	0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 9 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Olímpia (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média da Região	Olímpia
Médicos	5.737,00	5.849,00
Dentistas	3.502,00	3.906,00
Farmacêuticos	2.384,00	2.372,00
Enfermeiros	2.989,00	2.784,00
Fisioterapeutas	2.092,00	2.709,00
Téc/Aux. Enfermagem	1.355,00	1.450,00
Ortoptistas e Óticos	1.255,00	0,00
Técnicos da Odontologia	1.059,00	1.313,00
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.415,00	1.886,00
Téc/aux. Patologia Clín.	1.684,00	0,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.333,00	2.811,00
ACS e afins	1.089,00	1.257,00
Aux. Lab. saúde	1.130,00	1.210,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 10 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Olímpia (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Olímpia
Médicos	55,1	37
Dentistas	32	23,7
Farmacêuticos	14,6	13,9
Enfermeiros	18,9	17,4
Fisioterapeutas	17,9	16,7
Téc/Aux. Enfermagem	8,6	9,1
Ortoptistas e Óticos	7,1	NA
Técnicos da Odontologia	6,2	7,5
Téc. Equip. Med. Odonto.	23,9	16,4
Téc/aux. Patologia Clín.	14,1	NA
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,3	16
ACS e afins	6,6	7,1
Aux. Lab. saúde	6,5	6,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

A3 – Cajobi (SP)

Cajobi contava com 211 estabelecimentos informados na RAIS 2013, e um total de 1.373 vínculos formais de emprego. 29% dos estabelecimentos eram de comércio varejista, incluindo 9 farmácias e 3 óticas. Havia 01 estabelecimento de Atividades de Atendimento Hospitalar, com 26 vínculos. Os maiores QLs observados, tanto para estabelecimentos quanto para vínculos, foi no Cultivo de laranja: 116 e 151,9 respectivamente (Tabela 11).

Havia seis vínculos formais de médicos no município, todos no setor público municipal, que respondia ainda por 100% dos vínculos formais de Dentistas, Fisioterapeutas e Agentes da Saúde e do meio-ambiente. O setor privado lucrativo respondia por 83% dos farmacêuticos e 100% dos Técnicos e auxiliares de patologia clínica e dos Auxiliares de laboratórios de saúde. As Entidades sem Fins Lucrativos respondiam por 100% dos Téc. em equipamentos médicos e odontológicos e por 62,5% dos vínculos de enfermeiros (Tabela 12).

Durante o ano de 2013, houve admissão de três médicos e desligamento de quatro, finalizando o ano com um salso negativo de -1 vínculo formal da categoria. Foi a única categoria que apresentou saldo negativo (Tabela 13).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e fisioterapeutas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnicos de equipamento médico-odontológico. A remuneração média em Cajobi é inferior à média das regiões de saúde para todas as ocupações com exceção dos fisioterapeutas. Já a remuneração média por hora é inferior para todas as ocupações em relação a média das regiões de saúde (Tabela 14 e 15).

Tabela 11 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Cajobi, SP, 2013.

Classe de atividade econômica (CNAE)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	**211**			**1.373**			**6,5**
Atividades de Atendimento Hospitalar	1	0,47	2,0	26	1,89	0,9	26,0
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	1	0,47	0,2	1	0,07	0,1	1,0
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	1	0,47	0,9	1	0,07	0,2	1,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	1	0,47	0,9	3	0,22	1,7	3,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	9	4,27	2,2	19	1,38	1,6	2,1
Comércio Varejista de Artigos de óptica	3	1,42	2,7	2	0,15	1,1	0,7
Administração Pública em Geral	3	1,42	3,6	490	35,69	2,2	163,3
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	49	23,22		194	14,13		4,0
Cultivo de Cana-De-Açúcar	21	9,95	41,2	75	5,46	16,4	3,6
Cultivo de Laranja	32	15,17	116,0	218	15,88	151,9	6,8
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva	1	0,47	2,5	1	0,07	0,6	1,0
Atividades de Apoio à Agricultura	8	3,79	7,1	55	4,01	19,7	6,9
Atividades de Apoio à Extração de Minerais, Exceto Petróleo e Gás Natural	1	0,47	62,9	2	0,15	13,5	2,0
Abate de Reses, Exceto Suínos	1	0,47	12,8	17	1,24	4,7	17,0
Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais	1	0,47	32,2	36	2,62	103,3	36,0
Fabricação de Produtos Alimentícios não Especificados Anteriormente	1	0,47	4,3	16	1,17	6,0	16,0
Comércio Atacadista de Cereais e Leguminosas Beneficiados, Farinhas, Amidos e Féculas	1	0,47	5,6	3	0,22	3,4	3,0
Aluguel de Máquinas e Equipamentos Agrícolas sem Operador	1	0,47	16,3	7	0,51	43,5	7,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 12 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Cajobi, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Púb Munic.	% Priv. Lucrat.	% Entidades sem Fins Lucrativos	% P. Física e outras Org. Legais
Médicos	6	100,0	0,0	0,0	0,0
Dentistas	8	100,0	0,0	0,0	0,0
Farmacêuticos	6	16,7	83,3	0,0	0,0
Enfermeiros	8	37,5	0,0	62,5	0,0
Fisioterapeutas	3	100,0	0,0	0,0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	25	64,0	4,0	32,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Técnicos da Odontologia	4	0,0	75,0	0,0	25,0
Téc. Equip. Med. Odonto.	1	0,0	0,0	100,0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	1	0,0	100,0	0,0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	5	100,0	0,0	0,0	0,0
ACS e afins	19	94,7	5,3	0,0	0,0
Aux. Lab. saúde	2	0,0	100,0	0,0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 13 -Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Cajobi, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	3	4	-1	1	33,3
Dentistas	1	0	1	0	0,0
Farmacêuticos	1	0	1	1	100,0
Enfermeiros	1	0	1	0	0,0
Fisioterapeutas	0	0	0	0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	1	1	0	0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos da Odontologia	0	0	0	0	0,0
Téc. Equip. Med. Odonto.	0	0	0	0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	1	0	1	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	3	3	0	3	100,0
ACS e afins	3	2	1	2	66,7
Aux. Lab. saúde	0	0	0	0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 14 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cajobi (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média da Região	Cajobi
Médicos	5.737,00	3.877,00
Dentistas	3.502,00	2.254,00
Farmacêuticos	2.384,00	2.172,00
Enfermeiros	2.989,00	2.163,00
Fisioterapeutas	2.092,00	2.721,00
Téc/Aux. Enfermagem	1.355,00	1.109,00
Ortoptistas e Óticos	1.255,00	0,00
Técnicos da Odontologia	1.059,00	870,00
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.415,00	1.788,00
Téc/aux. Patologia Clín.	1.684,00	1.020,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.333,00	977,00
ACS e afins	1.089,00	923,00
Aux. Lab. saúde	1.130,00	977,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

Tabela 15 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cajobi (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Média da Região	Cajobi
Médicos	55,1	22,70
Dentistas	32	13,70
Farmacêuticos	14,6	12,30
Enfermeiros	18,9	13,40
Fisioterapeutas	17,9	15,50
Téc/Aux. Enfermagem	8,6	6,60
Ortoptistas e Óticos	7,1	NA
Técnicos da Odontologia	6,2	4,90
Téc. Equip. Med. Odonto.	23,9	18,60
Téc/aux. Patologia Clín.	14,1	5,80
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,3	5,60
ACS e afins	6,6	5,30
Aux. Lab. saúde	6,5	5,60

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

A4 – Bebedouro (SP)

Bebedouro possuía 2.314 estabelecimentos, que empregavam 24 mil vínculos formais, sendo o comércio varejista responsável por 31% dos estabelecimentos e 17% dos vínculos. O município contava com oito hospitais e com 86 estabelecimentos de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Tabela 32 e Tabela 33). Os maiores QLs observados foram, para estabelecimentos, de 35,4 no Cultivo de laranja e, para vínculos, de 86,9 na Fabricação de óleos Vegetais Refinados, Exceto óleo de Milho (Tabela 16).

Havia 58 vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2013, 89,7% deles no setor público municipal. Ao longo de 2013, houve o desligamento de três vínculos de emprego da categoria e nenhuma admissão, ocasionando um saldo negativo da ocupação (Tabelas 17 e 18).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos, dentistas e enfermeiros. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnicos de equipamento médico-odontológico. A remuneração média mensal e por hora em Bebedouro é superior à média das regiões de saúde para os médicos, farmacêuticos, ortoptistas/óticos e técnicos de equipamento médico-odontológico (Tabela 19 e 20).

Tabela 16 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Bebedouro, SP, 2013.

Classe de atividade econômica (CNAE)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	**2.314**			**24.496**			**10,6**
Atividades de Atendimento Hospitalar	8	0,35	1,5	306	1,25	0,6	38,3
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	86	3,72	1,3	124	0,51	0,9	1,4
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	7	0,30	0,6	98	0,40	0,9	14,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	14	0,61	1,1	36	0,15	1,1	2,6
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	1	0,04	1,7	1	0,00	0,0	1,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	3	0,13	0,5	38	0,16	0,8	12,7
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano	1	0,04	3,3	1	0,00	0,0	1,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	10	0,43	5,6	603	2,46	19,0	60,3
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	1	0,04	0,4	3	0,01	0,2	3,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	37	1,60	0,8	194	0,79	0,9	5,2
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	4	0,17	1,3	10	0,04	0,9	2,5
Comércio Varejista de Artigos de óptica	12	0,52	1,0	39	0,16	1,2	3,3
Administração Pública em Geral	3	0,13	0,3	2.415	9,86	0,6	805,0
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	672	29,04		4.007	16,36		6,0
Cultivo de Cana-De-Açúcar	76	3,28	13,6	212	0,87	2,6	2,8
Cultivo de Laranja	107	4,62	35,4	1.149	4,69	44,9	10,7
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva	6	0,26	1,4	5	0,02	0,2	0,8
Cultivo de Plantas de Lavoura Permanente não Especificadas Anteriormente	2	0,09	0,9	1	0,00	0,1	0,5
Produção de Mudas e Outras Formas de Propagação Vegetal, Certificadas	2	0,09	6,2	5	0,02	2,2	2,5
Atividades de Apoio à Agricultura	108	4,67	8,7	3.015	12,31	60,7	27,9
Fabricação de Produtos de Carne	2	0,09	2,2	14	0,06	0,5	7,0
Fabricação de Sucos de Frutas, Hortaliças e Legumes	5	0,22	13,3	658	2,69	69,7	131,6
Fabricação de óleos Vegetais Refinados, Exceto óleo de Milho	1	0,04	20,0	346	1,41	86,9	346,0
Fabricação de Massas Alimentícias	2	0,09	1,4	8	0,03	0,3	4,0
Fabricação de Produtos Alimentícios não Especificados Anteriormente	3	0,13	1,2	61	0,25	1,3	20,3
Impressão de Materiais para Outros Usos	3	0,13	0,6	16	0,07	0,6	5,3
Fabricação de Tanques, Reservatórios Metálicos e Caldeiras para Aquecimento Central	3	0,13	9,2	320	1,31	56,2	106,7
Produção de Forjados de Aço e de Metais Não-Ferrosos e Suas Ligas	1	0,04	4,9	93	0,38	22,8	93,0
Fabricação de Equipamentos Hidráulicos e Pneumáticos, Exceto Válvulas	1	0,04	3,6	9	0,04	1,5	9,0
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação	1	0,04	1,0	34	0,14	0,9	34,0
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para Terraplenagem, Pavimentação e Construção, Exceto Tratores	2	0,09	24,0	5	0,02	1,3	2,5
Comércio Atacadista de Hortifrutigranjeiros	5	0,22	1,2	63	0,26	1,9	12,6
Carga e Descarga	2	0,09	1,6	2	0,01	0,1	1,0
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados	1	0,04	13,7	244	1,00	22,6	244,0
Aluguel de Máquinas e Equipamentos Agrícolas sem Operador	3	0,13	4,5	4	0,02	1,4	1,3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 17 – Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Bebedouro, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Púb Munic.	% Priv. Lucrat.	% Entidades sem Fins Lucrativos	% P. Física e outras Org. Legais
Médicos	58	89,7	1,7	8,6	0,0
Dentistas	32	93,8	0,0	6,3	0,0
Farmacêuticos	59	10,2	89,8	0,0	0,0
Enfermeiros	111	42,3	37,8	18,9	0,9
Fisioterapeutas	17	58,8	29,4	11,8	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	410	50,7	39,8	9,0	0,5
Ortoptistas e Óticos	2	0,0	100,0	0,0	0,0
Técnicos da Odontologia	17	0,0	23,5	29,4	47,1
Téc. Equip. Med. Odonto.	14	0,0	100,0	0,0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	4	0,0	25,0	75,0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	182	90,1	5,5	0,5	3,8
ACS e afins	92	97,8	2,2	0,0	0,0
Aux. Lab. saúde	35	0,0	100,0	0,0	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 18 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Bebedouro, SP, 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	0	3	-3	0	0,0
Dentistas	2	1	1	2	100,0
Farmacêuticos	35	30	5	3	8,6
Enfermeiros	36	14	22	1	2,8
Fisioterapeutas	3	3	0	2	66,7
Téc/Aux. Enfermagem	140	112	28	28	20,0
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos da Odontologia	16	8	8	2	12,5
Téc. Equip. Med. Odonto.	1	2	-1	0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	1	1	0	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	156	135	21	80	51,3
ACS e afins	5	5	0	5	100,0
Aux. Lab. saúde	28	20	8	2	7,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 19 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Bebedouro (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

CBO 2002 - Família ocupacional	Media da Região	Bebedouro
Médicos	5.737,00	6.522,00
Dentistas	3.502,00	2.656,00
Farmacêuticos	2.384,00	2.552,00
Enfermeiros	2.989,00	2.641,00
Fisioterapeutas	2.092,00	1.575,00
Téc/Aux. Enfermagem	1.355,00	1.259,00
Ortoptistas e Óticos	1.255,00	1.342,00
Técnicos da Odontologia	1.059,00	840,00
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.415,00	2.706,00
Téc/aux. Patologia Clín.	1.684,00	1.214,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.333,00	1.023,00
ACS e afins	1.089,00	1.050,00
Aux. Lab. saúde	1.130,00	1.079,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

Tabela 20 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Bebedouro (SP) e média das Regiões de saúde Norte Barretos (SP) e Sul Barretos (SP), 2013.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Bebedouro
Médicos	55,1	74,20
Dentistas	32	24,00
Farmacêuticos	14,6	15,80
Enfermeiros	18,9	17,00
Fisioterapeutas	17,9	14,70
Téc/Aux. Enfermagem	8,6	8,20
Ortoptistas e Óticos	7,1	7,60
Técnicos da Odontologia	6,2	4,90
Téc. Equip. Med. Odonto.	23,9	29,40
Téc/aux. Patologia Clín.	14,1	8,00
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,3	6,30
ACS e afins	6,6	6,40
Aux. Lab. saúde	6,5	6,20

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

A5 – Petrolina (PE)

De todos os municípios da Rede PEBA, Petrolina é o que apresenta maior quantidade e diversidade de estabelecimentos, e pouco mais de 32% relacionados ao comércio.

A principal atividade econômica do município é o Cultivo de uva (CNAE 01.326): em 2014 eram 442 estabelecimentos da categoria, com um total de 10.003 vínculos formais de emprego, uma média de 22,6 vínculos por estabelecimento. O segundo maior empregador era a Administração Pública em Geral (CNAE 84.116), com sete estabelecimentos e 6.930 vínculos (média de 990 vínculos por estabelecimento). Dentre o setor saúde, destacam-se as Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (CNAE 86.305) (175 estabelecimentos).

Chama a atenção no município a existência de 01 estabelecimento de Educação Profissional de Nível Tecnológico (CNAE 85.422), com 868 vínculos formais de emprego, e dois estabelecimentos de Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação (CNAE 85.325), que juntos somavam 867 vínculos (Tabela 21).

Com relação às ocupações de saúde, o setor público municipal era o responsável pela maioria dos vínculos empregatícios de médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes de saúde e meio ambiente. O setor privado respondia pela maioria dos vínculos de Farmacêuticos e Fisioterapeutas; Empresas estatais eram responsáveis pela maioria dos vínculos de técnicos e auxiliares de Patologia Clínica (Tabela 22). Com exceção dos Agentes de Saúde e Meio Ambiente, todas as ocupações de saúde estudadas tiveram saldo positivo ao fim de 2014 (Tabela 23).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e dentistas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnico-auxiliares de patologia clínica. Entre as ocupações de nível superior a remuneração média mensal e por hora de Petrolina é superior à média das regiões de saúde apenas para os dentistas. Já em relação as ocupações de nível médio a remuneração média mensal em Petrolina é superior para todas as ocupações com exceção a dos ACS. Em relação a remuneração média por hora novamente os ACS de Petrolina ao lado técnicos de odontologia recebem um valor inferior a média da região de saúde (Tabela 24 e 25).

Tabela 13 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais, e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Petrolina (PE), 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelec.			Vínculos			Vinc/ estab
	Nº	%	QL	Nº	%	QL	
Total da economia	6.050			68.630			11,3
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	20	0,3	1,46	1.049	1,5	0,66	52,5
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	175	2,9	1,02	395	0,6	0,99	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	35	0,6	1,08	271	0,4	0,87	7,7
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	34	0,6	1,08	59	0,1	0,64	1,7
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	9	0,1	0,62	17	0,0	0,12	1,9
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	131	2,2	1,13	623	0,9	1,02	4,8
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	11	0,18	1,38	14	0,02	0,45	1,3
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	31	0,5	0,95	226	0,3	2,36	7,3
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	442	7,3	198,20	10.003	14,6	389,16	22,6
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	264	4,4	23,96	3.460	5,0	38,21	13,1
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	4	0,1	2,79	11	0,0	4,20	2,8
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	12	0,2	7,98	216	0,3	8,54	18,0
Fabricação de Artefatos de Tapeçaria (Classe 13.529)	3	0,0	2,86	7	0,0	0,72	2,3
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	6	0,1	0,63	209	0,3	1,07	34,8
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	7	0,1	0,30	6.930	10,1	0,62	990,0
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	2	0,0	2,18	262	0,4	3,52	131,0
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	1	0,0	1,49	1	0,0	0,02	1,0
Educação Profissional de Nível Tecnológico (Classe 85.422)	1	0,0	5,14	868	1,3	20,29	868,0
Comercio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.796	29,7		9.691	14,1		

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 14 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12 e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Petrolina, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Setor Público Federal	% Setor Público Municipal	% Empresa Estatal	% Privado Lucrativo	% Entidades sem Fins Lucrativos	% Pessoa Física e outras Organizações Legais
Médicos	198	17,7	56,6	0,0	10,1	15,7	0,0
Dentistas	74	2,7	66,2	0,0	2,7	28,4	0,0
Farmacêuticos	141	2,8	9,9	1,4	82,3	3,5	0,0
Enfermeiros	246	2,4	44,7	0,0	37,0	15,9	0,0
Fisioterapeutas	54	1,9	14,8	0,0	70,4	13,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	2	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	909	0,9	42,8	0,0	42,8	13,1	0,4
Técnicos da Odontologia	138	0,0	24,6	0,0	52,2	7,2	15,9
Téc. Equip. Med. Odonto.	39	5,1	0,0	0,0	56,4	38,5	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	24	12,5	0,0	58,3	16,7	12,5	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	604	0,0	99,7	0,0	0,3	0,0	0,0
ACS e afins	14	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Aux. Lab. saúde	84	1,2	13,1	0,0	73,8	10,7	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 15 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Petrolina, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	60	34	26	27	45,0
Dentistas	5	3	2	3	60,0
Farmacêuticos	61	50	11	10	16,4
Enfermeiros	93	55	38	26	28,0
Fisioterapeutas	22	13	9	7	31,8
Ortoptistas e Óticos	2	1	1	0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	214	152	62	21	9,8
Técnicos da Odontologia	36	29	7	5	13,9
Téc. Equip. Med. Odonto.	11	6	5	0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	4	1	3	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	7	42	-35	2	28,6
ACS e afins	7	2	5	2	28,6
Aux. Lab. Saúde	26	18	8	5	19,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 24 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Petrolina (PE) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média da região	Petrolina (PE)
Médicos	9.505,27	8.068,99
Dentistas	3.379,07	3.412,78
Farmacêuticos	2.143,26	2.014,35
Enfermeiros	3.021,55	2.867,82
Fisioterapeutas	2.194,68	1.937,23
Téc/Aux. Enfermagem	1.187,87	1.191,82
Ortoptistas e Óticos	1.538,24	1.677,14
Técnicos da Odontologia	1.028,55	1.033,10
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.330,97	2.436,02
Téc/aux. Patologia Clín.	3.444,01	4.251,73
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.254,25	1.349,43
ACS e afins	1.169,99	962,47
Aux. Lab. saúde	1.066,48	1.142,75

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

Tabela 25 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Petrolina (PE) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Petrolina (PE)
Médicos	67,76	65,07
Dentistas	23,69	26,66
Farmacêuticos	13,25	12,59
Enfermeiros	20,34	19,92
Fisioterapeutas	17,14	15,62
Téc/Aux. Enfermagem	7,74	7,64
Ortoptistas e Óticos	8,74	9,53
Técnicos da Odontologia	6,22	6,15
Téc. Equip. Med. Odonto.	20,32	21,75
Téc/aux. Patologia Clín.	22,06	26,57
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,93	9,37
ACS e afins	7,33	5,87
Aux. Lab. saúde	6,63	6,97

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

A6 – Cabrobó (PE)

Mais de 60% dos estabelecimentos do município de Cabrobó estavam relacionados ao comércio varejista, incluindo aí 17 estabelecimentos do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 02 do Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741), e empregavam 30% dos vínculos formais de emprego. O maior empregador era a Administração Pública em Geral (Classe 84.116), com 44,8% dos vínculos formais no município. Não haviam estabelecimentos hospitalares no município.

Os maiores quocientes locacionais observados, tanto para estabelecimentos quanto para vínculos, foram nos serviços de Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10.619): 38 e 36,6 respectivamente (Tabela 26).

Haviam apenas 02 vínculos formais de emprego de médicos no município, 1 no setor público municipal e 1 no setor privado. Ao longo do ano, foram 9 admissões e 9 desligamentos e, dentre as admissões, 66,7% foram de primeiro emprego (Tabelas 27 e 28)

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos, dentistas e enfermeiros. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnicos de equipamento médico-odontológico. Entre as ocupações de nível superior a remuneração média mensal de Cabrobó é superior à média das regiões de saúde para os farmacêutico e fisioterapeuta. Considerando a remuneração média por hora das ocupações de nível superior apenas os médicos e enfermeiros possuem uma remuneração superior à média das regiões de saúde. Já em relação às ocupações de nível médio a remuneração média mensal em Cabrobó é superior para em relação a média das regiões de saúde para os técnicos e auxiliar de enfermagem e auxiliar de laboratório de saúde . Em relação à remuneração média por hora a única ocupação que apresenta remuneração ligeiramente superior é de auxiliar de enfermagem (Tabela 29 e 30).

Tabela 26 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais, e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Cabrobó (PE) ,2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelec.			Vínculos			Vinc/ estab
	Nº	%	QL	Nº	%	QL	
Total da economia	231			2.338			10,1
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	NA
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	3	1,3	0,46	7	0,3	0,52	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	5	2,2	4,05	15	0,6	1,41	3,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	2	0,9	1,67	4	0,2	1,27	2,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	NA
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	17	7,4	3,83	51	2,2	2,44	3,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	2	0,9	1,61	4	0,2	1,23	2,0
Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10.619)	2	0,9	38,00	37	1,6	36,63	18,5
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	1	0,4	2,75	0	0,0	0,00	0,0
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	2	0,9	2,22	1.048	44,8	2,74	524,0
Comercio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	126	54,5		651	27,8		

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 27 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12 e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Cabrobó (PE) 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Setor Público Municipal	% Privado Lucrativo	% Pessoa Física e outras Organizações Legais
Médicos	2	50,0	50,0	0,0
Dentistas	4	100,0	0,0	0,0
Farmacêuticos	24	45,8	54,2	0,0
Enfermeiros	16	100,0	0,0	0,0
Fisioterapeutas	1	100,0	0,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0,0	0,0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	61	91,8	8,2	0,0
Técnicos da Odontologia	7	28,6	57,1	14,3
Téc. Equip. Med. Odonto.	2	100,0	0,0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	1	0,0	100,0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	9	100,0	0,0	0,0
ACS e afins	83	100,0	0,0	0,0
Aux. Lab. saúde	3	33,3	66,7	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 28 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Cabrobó (PE) 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	9	9	0	6	66,7
Dentistas	5	5	0	2	40,0
Farmacêuticos	13	12	1	7	53,8
Enfermeiros	2	3	-1	0	0,0
Fisioterapeutas	0	0	0	0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	19	18	1	7	36,8
Técnicos da Odontologia	8	4	4	3	37,5
Téc. Equip. Med. Odonto.	1	1	0	1	100,0
Téc/aux. Patologia Clín.	0	0	0	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	4	6	-2	4	100,0
ACS e afins	9	9	0	9	100,0
Aux. Lab. Saúde	1	0	1	1	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 29 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cabrobó (PE) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média da região	Cabrobó (PE)
Médicos	9.505,27	8.983,54
Dentistas	3.379,07	3.158,54
Farmacêuticos	2.143,26	1.131,25
Enfermeiros	3.021,55	3.308,38
Fisioterapeutas	2.194,68	2.546,66
Téc/Aux. Enfermagem	1.187,87	1.239,64
Ortoptistas e Óticos	1.538,24	0,00
Técnicos da Odontologia	1.028,55	888,34
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.330,97	1.708,96
Téc/aux. Patologia Clín.	3.444,01	787,21
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.254,25	943,41
ACS e afins	1.169,99	1069,48
Aux. Lab. saúde	1.066,48	1.078,95

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/TEM

Tabela 30 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cabrobó (PE) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Cabrobó (PE)
Médicos	67,76	70,18
Dentistas	23,69	19,74
Farmacêuticos	13,25	6,73
Enfermeiros	20,34	20,68
Fisioterapeutas	17,14	15,92
Téc/Aux. Enfermagem	7,74	7,75
Ortoptistas e Óticos	8,74	NA
Técnicos da Odontologia	6,22	5,16
Téc. Equip. Med. Odonto.	20,32	10,68
Téc/aux. Patologia Clín.	22,06	8,2
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,93	5,9
ACS e afins	7,33	6,68
Aux. Lab. saúde	6,63	6,27

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/TEM

A7 – Juazeiro (BA)

Juazeiro (BA) é o segundo maior município da região, com 3.109 estabelecimentos e mais de 34 mil vínculos formais de emprego. Haviam 12 estabelecimentos de Atividade de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101) que somavam 513 vínculos empregatícios, 48 estabelecimentos de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305) com um total de 95 vínculos, e 17 Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402), com o total de 201 vínculos.

O comércio varejista respondia por 48% dos estabelecimentos, incluindo 59 farmácias e 31 óticas. A administração pública concentrava 15,9% dos vínculos empregatícios, seguida pelo cultivo de uva, com 8,6% dos vínculos. Os maiores quocientes locacionais foram observados no cultivo de uva, 229 para estabelecimentos e 61 para vínculos (Tabela 31).

Haviam no município 335 vínculos formais de emprego de médicos, 63,9% deles no setor público municipal, 24,2% em estabelecimentos sem fins lucrativos, 11,3% no setor público federal e apenas 0,6% no setor privado lucrativo (Tabela 32).

Ao longo de 2014, foram realizadas 44 admissões de médicos, 29,5% delas por primeiro emprego, e houve 39 desligamentos, resultando num saldo positivo de cinco vínculos. Por outro lado, dentistas e enfermeiros tiveram saldos negativos: -3 e -5, respectivamente (Tabela 33).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e dentistas de Juazeiro. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos técnicos de equipamento médico-odontológico. A remuneração média mensal de Juazeiro é superior à média das regiões de saúde para todas as ocupações de saúde com exceção dos ortoptistas e óticos e técnicos e auxiliares de patologia clínica, com destaque para este ultimo. Considerando a remuneração média por hora as únicas ocupações que possuem uma remuneração ligeiramente inferior à média das regiões de saúde são dentistas e ortoptistas e óticos, e significantemente inferior os técnicos e auxiliares de patologia clínica (Tabelas 34 e 35).

Tabela 31 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais, e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Juazeiro (BA), 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelec.			Vínculos			Vinc/ estab
	Nº	%	QL	Nº	%	QL	
Total da economia	3.109			34.614			11,1
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	12	0,4	1,71	513	1,5	0,64	42,8
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	48	1,5	0,54	95	0,3	0,47	2,0
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	17	0,5	1,02	201	0,6	1,27	11,8
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	19	0,6	1,18	37	0,1	0,79	1,9
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	3	0,1	0,40	9	0,0	0,13	3,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	59	1,9	0,99	255	0,7	0,83	4,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	6	0,19	1,47	17	0,05	1,09	2,83
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	31	1,0	1,85	159	0,5	3,29	5,1
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	70	2,3	61,08	2.971	8,6	229,17	42,4
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	98	3,2	17,31	1.695	4,9	37,11	17,3
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	7	0,2	9,49	8	0,0	6,06	1,1
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	4	0,1	5,18	19	0,1	1,49	4,8
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	2	0,1	0,41	24	0,1	0,24	12,0
Geração de Energia Elétrica (Classe 35.115)	1	0,0	1,27	128	0,4	5,47	128,0
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	7	0,2	0,58	5.516	15,9	0,98	788,0
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	1	0,0	2,12	321	0,9	8,54	321,0
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	1	0,0	2,89	1	0,0	0,04	1,0
Comercio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.209	38,9		6.240	18,0		

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 32- Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12 e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Juazeiro (BA), 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Setor Público Federal	% Setor Público Municipal	% Empresa Estatal	% Privado Lucrativo	% Entidades sem Fins Lucrativos	% Pessoa Física e outras Org. Legais
Médicos	335	11,3	63,9	0,0	0,6	24,2	0,0
Dentistas	52	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Farmacêuticos	83	1,2	19,3	0,0	67,5	12,0	0,0
Enfermeiros	271	0,0	47,6	0,4	14,4	37,6	0,0
Fisioterapeutas	40	0,0	17,5	0,0	17,5	65,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	892	0,1	30,3	0,3	25,9	43,4	0,0
Técnicos da Odontologia	71	0,0	66,2	0,0	26,8	2,8	4,2
Téc. Equip. Med. Odonto.	53	0,0	7,5	0,0	39,6	52,8	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	2	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	145	0,0	93,8	0,0	6,2	0,0	0,0
ACS e afins	449	0,0	98,7	0,0	0,7	0,7	0,0
Aux. Lab. Saúde	77	0,0	5,2	0,0	61,0	33,8	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 33 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Juazeiro (BA), 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	44	39	5	13	29,5
Dentistas	4	7	-3	1	25,0
Farmacêuticos	32	23	9	3	9,4
Enfermeiros	109	114	-5	11	10,1
Fisioterapeutas	16	11	5	2	12,5
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Téc/Aux. Enfermagem	140	146	-6	14	10,0
Técnicos da Odontologia	8	23	-15	1	12,5
Téc. Equip. Med. Odonto.	2	6	-4	0	0,0
Téc/aux. Patologia Clín.	0	0	0	0	0,0
Ag. Saúde e Meio Amb.	5	3	2	1	20,0
ACS e afins	1	6	-5	1	100,0
Aux. Lab. Saúde	25	25	0	7	28,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 34 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Juazeiro (BA) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média da região	Juazeiro (BA)
Médicos	9.505,27	10.303,17
Dentistas	3.379,07	3.854,02
Farmacêuticos	2.143,26	2.590,13
Enfermeiros	3.021,55	3.164,25
Fisioterapeutas	2.194,68	2.540,88
Téc/Aux. Enfermagem	1.187,87	1.237,07
Ortoptistas e Óticos	1.538,24	1.445,64
Técnicos da Odontologia	1.028,55	1.146,34
Téc. Equip. Med. Odonto.	2.330,97	2.460,40
Téc/aux. Patologia Clín.	3.444,01	1.021,38
Ag. Saúde e Meio Amb.	1.254,25	1.339,63
ACS e afins	1.169,99	1392,63
Aux. Lab. saúde	1.066,48	1.071,17

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 35 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Petrolina (PE) e média das Regiões de saúde Petrolina e Juazeiro, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Media da Região	Juazeiro (BA)
Médicos	67,76	71,55
Dentistas	23,69	23,5
Farmacêuticos	13,25	16,19
Enfermeiros	20,34	21,38
Fisioterapeutas	17,14	21,9
Téc/Aux. Enfermagem	7,74	8,36
Ortoptistas e Óticos	8,74	8,21
Técnicos da Odontologia	6,22	6,82
Téc. Equip. Med. Odonto.	20,32	22,78
Téc/aux. Patologia Clín.	22,06	5,8
Ag. Saúde e Meio Amb.	8,93	9,05
ACS e afins	7,33	8,7
Aux. Lab. saúde	6,63	6,69

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE

A8 – Manaus (AM)

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

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

Analisando os quocientes locacionais de estabelecimentos, os maiores são observados, em ordem decrescente, na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523), no Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211) e na Fabricação de Motocicletas (Classe 30911), a saber, 48,72, 35,68 e 34,64, respectivamente. Com relação aos vínculos, os maiores quocientes locacionais são observados na Fabricação de Motocicletas (Classe 30911) e na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523) e na Fabricação de Aparelhos de Recepção: 72,74 e 58,40 (Tabela 36).

O município de Manaus contava com 2.465 vínculos formais de emprego de médicos, 92% deles no setor público, sendo 48,3% no público estadual e 33,8% no setor público municipal. O setor público também era responsável por 90% dos vínculos de dentistas. O setor privado lucrativo respondia por 91,7% dos vínculos de Ortoptistas e Óticos e por 52% dos vínculos de Nutricionistas (Tabela 37).

Todas as ocupações estudadas tiveram movimentação em 2014, entretanto, apenas os Agentes da Saúde e do Meio Ambiente apresentaram saldo negativo no ano. O maior

saldo encontrado foi dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, com 1.118 novos vínculos em 2014. O saldo final dos médicos foi de 7 vínculos (Tabela 38).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e dentistas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais e hora são pagos aos agentes de saúde e meio ambiente. A remuneração média mensal e por hora de Manaus o é superior à média da região de saúde para todas as ocupações de saúde com exceção dos ortoptistas e óticos em que a renumeração é a mesma e dos médicos e técnicos em equipamento médico-odontológico, que possuem uma remuneração ligeiramente inferior (Tabelas 39 e 40).

Tabela 36 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Manaus, AM, 2014.

CNAE 2.0 Classe - RAIS 2014 - Estabelecimentos	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	**19.203**			**550.327**			28,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	57	0,30	1,31	8.324	1,51	0,66	146,0
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	1	0,01	0,99	6	0,00	0,08	6,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	598	3,11	1,10	1.926	0,35	0,60	3,2
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	97	0,51	0,95	1.488	0,27	0,59	15,3
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	114	0,59	1,14	1.755	0,32	2,36	15,4
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	58	0,30	1,26	277	0,05	0,24	4,8
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	3	0,02	1,30	425	0,08	0,44	141,7
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	27	0,14	1,87	1.249	0,23	1,75	46,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	52	0,27	2,06	262	0,05	1,06	5,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	409	2,13	1,11	3.621	0,66	0,74	8,9
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	188	0,98	1,82	1.276	0,23	1,66	6,8
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	6.022	31,36	1,14	58.572	10,64	0,82	9,7
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	100	0,52	1,33	106.889	19,42	1,19	1.068,9
Produção de Mudas e Outras Formas de Propagação Vegetal, Certificadas (Classe 1423)	1	0,01	0,38	5	0,00	0,09	5,0
Pesca em água Doce (Classe 3124)	2	0,01	2,21	7	0,00	1,23	3,5
AqüIcultura em água Doce (Classe 3221)	7	0,04	1,13	21	0,00	0,27	3,0
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10317)	7	0,04	1,47	99	0,02	0,49	14,1
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não-Alcoólicas (Classe 11224)	22	0,11	9,09	2.495	0,45	3,60	113,4
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23419)	1	0,01	0,52	5	0,00	0,04	5,0
Metalurgia dos Metais Não-Ferrosos e Suas Ligas não Especificados Anteriormente (Classe 24491)	6	0,03	1,80	178	0,03	1,04	29,7
Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400)	27	0,14	16,38	9.882	1,80	50,83	366,0
Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523)	9	0,05	48,72	1.866	0,34	58,40	207,3
Fabricação de Aparelhos e Equipamentos de Ar Condicionado (Classe 28241)	6	0,03	10,46	3.236	0,59	40,28	539,3
Construção de Embarcações e Estruturas Flutuantes (Classe 30113)	35	0,18	23,84	1.859	0,34	3,17	53,1
Fabricação de Motocicletas (Classe 30911)	16	0,08	34,64	11.468	2,08	72,74	716,8
Fabricação de Colchões (Classe 31047)	10	0,05	4,29	411	0,07	1,48	41,1
Fabricação de Escovas, Pincéis e Vassouras (Classe 32914)	2	0,01	0,79	2	0,00	0,02	1,0
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	28	0,15	4,69	1.478	0,27	1,85	52,8
Tratamento e Disposição de Resíduos Perigosos (Classe 38220)	4	0,02	6,09	58	0,01	1,02	14,5
Demolição e Preparação de Canteiros de Obras (Classe 43118)	2	0,01	0,50	5	0,00	0,06	2,5
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Combustíveis, Minerais, Produtos Siderúrgicos e Químicos (Classe 46125)	1	0,01	0,44	1	0,00	0,05	1,0
Comércio Atacadista de Mercadorias em Geral, com Predominância de Insumos Agropecuários (Classe 46923)	2	0,01	0,38	114	0,02	1,04	57,0
Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211)	64	0,33	35,68	2.696	0,49	26,74	42,1
Transporte por Navegação Interior de Passageiros em Linhas Regulares (Classe 50220)	28	0,15	26,54	261	0,05	10,47	9,3
Transportes Aquaviários não Especificados Anteriormente (Classe 50998)	1	0,01	1,20	7	0,00	0,75	7,0
Transporte Aéreo de Passageiros Regular (Classe 51111)	12	0,06	4,71	875	0,16	1,27	72,9
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular (Classe 51129)	12	0,06	8,60	296	0,05	3,42	24,7
Atividades Auxiliares dos Transportes Aéreos (Classe 52401)	20	0,10	5,21	1.345	0,24	2,63	67,3
Atividades de Correio (Classe 53105)	44	0,23	1,04	1.134	0,21	0,76	25,8
Aluguel de Equipamentos Recreativos e Esportivos (Classe 77217)	3	0,02	0,73	13	0,00	0,46	4,3
Locação de Mão-De-Obra Temporária (Classe 78205)	55	0,29	3,90	3.683	0,67	1,08	67,0
Atividades de Organização de Eventos, Exceto Culturais e Esportivos (Classe 82300)	44	0,23	0,99	207	0,04	0,43	4,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 37 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Manaus, AM, 2014.

CBO 2002 Família	Vínc ativos em 31/12	% Púb Federal	% Púb Estad.	% Púb Munic.	% Púb Outros	% Empresa Estatal	% Priv. Lucrat	% Entidades sem Fins Lucrativos	% Pessoa Física e outras Org. Legais
Médicos	2.465	9,5	48,3	33,8	0,0	0,6	5,3	2,5	0,0
Cirurgiões-dentistas	912	2,9	43,9	43,3	0,0	0,3	3,3	6,4	0,0
Farmacêuticos	1.182	3,4	39,1	17,3	0,0	0,1	33,7	6,3	0,1
Enfermeiros	2.524	3,4	36,9	26,9	0,0	0,0	24,0	8,7	0,0
Fisioterapeutas	300	2,7	36,3	15,7	0,0	0,0	18,7	26,7	0,0
Nutricionistas	342	2,9	32,7	12,3	0,0	0,3	44,4	7,3	0,0
Fonoaudiólogos	50	4,0	14,0	22,0	2,0	0,0	52,0	6,0	0,0
Psicólogos	419	5,3	31,3	16,5	0,0	1,2	18,6	27,2	0,0
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	12.243	2,7	42,4	14,3	0,0	0,1	34,0	6,4	0,1
Ortoptistas e Óticos	24	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	91,7	0,0	0,0
Técnicos de Odontologia	919	0,0	20,9	33,9	0,1	0,0	29,4	7,9	7,7
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	647	3,4	39,6	2,3	0,0	0,0	45,9	8,7	0,2
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	1.672	1,9	46,2	25,1	0,0	0,4	19,4	7,0	0,2
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	2.242	11,6	79,3	7,2	0,0	0,0	1,3	0,5	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	4.301	3,1	49,2	40,5	0,0	0,0	7,2	0,1	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	730	4,2	49,6	0,0	0,0	0,0	45,8	0,1	0,3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 38 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Manaus, AM, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	142	135	7	8	5,6
Cirurgiões-dentistas	67	25	42	6	9,0
Farmacêuticos	455	368	87	57	12,5
Enfermeiros	510	387	123	41	8,0
Fisioterapeutas	59	38	21	4	6,8
Nutricionistas	166	142	24	20	12,0
Fonoaudiólogos	16	9	7	1	6,3
Psicólogos	101	77	24	7	6,9
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	2828	1710	1118	204	7,2
Ortoptistas e Óticos	11	11	0	3	27,3
Técnicos de Odontologia	218	185	33	15	6,9
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	81	56	25	3	3,7
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	208	171	37	22	10,6
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	24	95	-71	0	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	426	378	48	15	3,5
Auxiliares de Laboratório da Saúde	202	171	31	24	11,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 39 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Manaus (AM) e média da região Entorno de Manaus, 2014.

CBO 2002 Família	Média Reg. saúde	Manaus
Médicos	8.151	8.098
Cirurgiões-dentistas	6.610	6.701
Farmacêuticos	4.829	4.862
Enfermeiros	5.406	5.480
Fisioterapeutas	3.981	3.995
Nutricionistas	3.341	3.349
Psicólogos	3.874	3.927
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	1.710	1.726
Ortoptistas e Óticos	1.197	1.197
Técnicos de Odontologia	1.632	1.653
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	2.161	2.146
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	1.953	1.973
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	2.387	2.503
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	1.437	1.503
Auxiliares de Laboratório da Saúde	1.376	1.392

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 40 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Manaus (AM) e média da região Entorno de Manaus, 2014.

CBO 2002 Família	Média Reg. saúde	Manaus
Médicos	69,07	68,6
Cirurgiões-dentistas	54,69	55,82
Farmacêuticos	34,83	35,07
Enfermeiros	40,88	41,8
Fisioterapeutas	31,57	31,92
Nutricionistas	23,17	23,18
Psicólogos	28,18	28,75
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	12,81	13,01
Ortoptistas e Óticos	6,98	6,98
Técnicos de Odontologia	11,4	11,62
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	17,87	17,61
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	15,06	15,29
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	18,57	19,93
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	11,09	12,08
Auxiliares de Laboratório da Saúde	9,56	9,73

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

A9 – Cuiabá (MT)

O município de Cuiabá contava, em dezembro de 2014, com 16.596 estabelecimentos e 248.236 vínculos formais de emprego informados na RAIS. Havia 62 estabelecimentos de Atividade de atendimento Hospitalar, com um total de 4.574 vínculos formais de emprego. O comercio varejista em geral respondia por 27% dos estabelecimentos e a Administração pública era responsável por mais de 21% dos vínculos formais de emprego do município (Tabela 41).

O estoque de vínculos no município em dezembro de 2014 foi de 553 para médicos, sendo a maior parte alocada no Setor Público Municipal (63,6%) e no Setor Privado Não Lucrativo (13,3%). Entre as demais ocupações as que apresentaram maior estoque de vínculos foram os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (3.524), Agentes da Saúde e do Meio Ambiente (2.936) e Enfermeiros (1.150) (Tabela 42).

O saldo de vínculos no município para o período em análise foi negativo para as ocupações de Médicos (-13 vínculos), Cirurgiões-dentistas (-24), Enfermeiros (-7), Fisioterapeutas (-13), Ortoptistas e Óticos (-5) e Agentes da Saúde e do Meio Ambiente (-256). As ocupações que apresentaram maior saldo positivo foram Farmacêuticos (39), Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (34) e Técnicos de Odontologia (20) (Tabela 43).

A melhor remuneração mensal e por hora é paga aos médicos e dentistas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais são pagos aos ACS e por hora aos técnicos em equipamento médico-odontológico. A remuneração média mensal de Cuiabá o é superior à média da região de saúde para todas as ocupações de saúde com exceção dos dentistas, técnicos de odontologia, ACS e auxiliar de laboratório em saúde. Em relação a remuneração por hora, as únicas ocupações com uma remuneração ligeiramente inferior em relação a média da região de saúde são os técnicos em odontologia e os ACS (Tabelas 44 e 45).

Tabela 41 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Cuiabá, MT, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	16.596			248.236			15,0
Atividades de Atendimento Hospitalar	62	0,37	1,65	4.574	1,84	8,15	73,8
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Ser. de Remoção de Pacientes, Exc. os Serv. Móveis de Atend. a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	629	3,79	1,33	1.476	0,59	0,21	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	133	0,80	1,50	1.778	0,72	1,34	13,4
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	98	0,59	1,14	291	0,12	0,23	3,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	3	0,02	0,70	5	0,00	0,08	1,7
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	69	0,42	1,73	654	0,26	1,10	9,5
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Fab. de Instr. e Materiais para Uso Médico e Odonto. e de Artigos ópticos	13	0,08	0,77	128	0,05	0,50	9,8
Comércio Atacadista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário	22	0,13	1,76	297	0,12	1,59	13,5
Com. Atac. de Instr. e Materiais para Uso Médico, Cirúr., Ortop. e Odont.	43	0,26	2,22	252	0,10	0,87	5,9
Comércio Atacadista de Máquinas, Aparelhos e Equipamentos para Uso Odonto-Médico-Hospitalar	3	0,02	0,71	14	0,01	0,22	4,7
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário	285	1,72	0,89	2.157	0,87	0,45	7,6
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	35	0,21	1,60	156	0,06	0,48	4,5
Comércio Varejista de Artigos de óptica	133	0,80	1,49	428	0,17	0,32	3,2
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	4.039	24,3	NA	30.899	12,4	NA	7,7
Administração Pública em Geral	56	0,34	0,86	53.807	21,68	55,52	960,8
Cultivo de Soja	12	0,07	0,12	371	0,15	0,24	30,9
Horticultura	4	0,02	0,17	17	0,01	0,05	4,3
Produção de Sementes Certificadas	6	0,04	1,94	9	0,00	0,19	1,5
Criação de Caprinos e Ovinos	4	0,02	1,02	7	0,00	0,12	1,8
Criação de Animais não Especificados Anteriormente	10	0,06	1,16	11	0,00	0,09	1,1
Atividades de Pós-Colheita	1	0,01	0,43	5	0,00	0,14	5,0
Atividades de Apoio à Produção Florestal	6	0,04	0,97	18	0,01	0,20	3,0
Aquicultura em água Doce	8	0,05	1,50	16	0,01	0,20	2,0
Extração de Minério de Metais Preciosos	21	0,13	25,24	503	0,20	40,42	24,0
Extração de Pedra, Areia e Argila	20	0,12	0,76	223	0,09	0,57	11,2
Extração de Gemas (Pedras Preciosas e Semipreciosas)	2	0,01	5,35	0	0,00	0,00	0,0
Abate de Reses, Exceto Suínos	3	0,02	0,50	622	0,25	6,97	207,3
Fabricação de águas Envasadas	2	0,01	0,71	37	0,01	0,87	18,5
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não Alcoólicas	2	0,01	0,96	10	0,00	0,32	5,0
Curtimento e Outras Preparações de Couro	2	0,01	0,75	179	0,07	4,49	89,5
Reprodução de Materiais Gravados em Qualquer Suporte	5	0,03	6,10	477	0,19	38,92	95,4
Fabricação de Biocombustíveis, Exceto álcool	3	0,02	9,15	6	0,00	1,22	2,0
Produção de Laminados Planos de Aço	3	0,02	5,41	316	0,13	38,09	105,3
Fabricação de Colchões	3	0,02	1,49	148	0,06	4,92	49,3
Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	7	0,04	0,71	19	0,01	0,13	2,7
Geração de Energia Elétrica	19	0,11	4,51	123	0,05	1,95	6,5
Transmissão de Energia Elétrica	9	0,05	4,20	192	0,08	5,99	21,3
Captação, Tratamento e Distribuição de água	7	0,04	0,69	777	0,31	5,15	111,0

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	16.596			248.236			15,0
Coleta de Resíduos Perigosos	1	0,01	0,93	10	0,00	0,62	10,0
Construção de Obras de Arte Especiais	7	0,04	2,04	1.389	0,56	27,02	198,4
Rep. Com. e Agentes do Com. de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos	2	0,01	0,64	9	0,00	0,19	4,5
Com. Atac. de Máq., Equip. para Terraplenagem, Mineração e Construção	17	0,10	5,93	252	0,10	5,88	14,8
Transporte Ferroviário de Carga	2	0,01	4,91	514	0,21	84,32	257,0
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados	1	0,01	1,79	379	0,15	45,34	379,0
Serv. de Reservas e Outros Serv. de Turismo não Espec. Anteriormente	7	0,04	2,11	13	0,01	0,26	1,9
Atividades de Transporte de Valores	3	0,02	2,45	975	0,39	53,31	325,0
Limpeza em Prédios e em Domicílios	60	0,36	2,06	4.730	1,91	10,85	78,8
Defesa	1	0,01	0,53	0	0,00	0,00	0,0
Justiça	5	0,03	3,28	3.838	1,55	168,24	767,6
Segurança e Ordem Pública	8	0,05	14,65	12.610	5,08	1543,48	1.576,3
Defesa Civil	2	0,01	43,27	4	0,00	5,79	2,0
Educação Superior - Graduação	12	0,07	1,76	3.679	1,48	36,16	306,6
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação	8	0,05	1,13	2.106	0,85	19,86	263,3
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	5	0,03	1,22	11	0,00	0,18	2,2
Serviços Domésticos	62	0,37	4,49	90	0,04	0,44	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 42 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Cuiabá, MT, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Púb. Federal	% Púb. Municip.	% Empresa Estatal	% Privado Lucrativo	% Privado Não Lucrat.	% P. Fís. e outras Org. Legais
Médicos	553	13,0	63,6	0,6	9,5	13,3	0,0
Cirurgiões-dentistas	288	1,4	81,3	1,4	2,1	13,5	0,3
Farmacêuticos	429	9,1	4,0	0,0	81,4	5,6	0,0
Enfermeiros	1150	5,0	36,3	0,0	40,9	17,5	0,3
Fisioterapeutas	139	2,9	19,4	0,0	53,2	24,5	0,0
Nutricionistas	180	8,3	6,1	1,7	70,0	13,9	0,0
Fonoaudiólogos	29	0,0	10,3	0,0	75,9	13,8	0,0
Psicólogos	114	15,8	19,3	1,8	45,6	17,5	0,0
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	3524	5,5	20,7	0,1	47,9	25,5	0,3
Ortoptistas e Óticos	15	6,7	0,0	6,7	86,7	0,0	0,0
Técnicos de Odontologia	422	0,0	6,2	2,4	50,2	10,7	30,6
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	205	5,4	2,9	0,0	85,9	5,9	0,0
Téc. e Aux. Téc. em Patologia Clínica	196	4,1	4,1	0,0	80,1	11,2	0,5
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	2936	5,5	92,5	0,2	0,8	0,9	0,1
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	828	13,6	65,8	6,5	8,1	5,6	0,4
Auxiliares de Laboratório da Saúde	496	5,4	0,0	0,0	84,5	9,5	0,6

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 43 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Cuiabá, MT, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Adm	Desl	Saldo	Adm 1º empr.	% 1º empr/ Tot Adm
Médicos	97	110	-13	24	10,0
Cirurgiões-dentistas	51	75	-24	3	1,3
Farmacêuticos	316	277	39	35	14,6
Enfermeiros	368	375	-7	40	16,7
Fisioterapeutas	63	76	-13	13	5,4
Nutricionistas	108	103	5	22	9,2
Fonoaudiólogos	17	12	5	3	1,3
Psicólogos	64	57	7	15	6,3
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	948	914	34	40	16,7
Ortoptistas e Óticos	0	5	-5	0	0,0
Técnicos de Odontologia	170	150	20	10	4,2
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	47	34	13	2	0,8
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	72	67	5	6	2,5
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	100	356	-256	17	7,1
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	69	64	5	1	0,4
Auxiliares de Laboratório da Saúde	260	254	6	8	3,3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 44 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cuiabá (MT) e média da região de saúde Baixada Cuiabana, 2014.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média Reg. saúde	Cuiabá
Médicos	7.265,48	7.442,08
Cirurgiões Dentistas	3.707,46	3.678,45
Farmacêuticos	3.180,02	3.374,23
Enfermeiros	3.069,11	3.087,26
Fisioterapeutas	2.504,57	2.523,97
Nutricionistas	2.970,85	3.089,94
Psicólogos	2.892,46	3.041,96
Téc. e Aux. de Enfermagem	1.755,57	1.794,95
Ortoptistas e Óticos	2.202,48	2.232,05
Técnicos de Odontologia	1.190,35	1.179,94
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	2.489,40	2.497,11
Téc. e Aux. Téc. em Patologia Clinica	1.781,85	1.799,57
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	2.390,26	2.457,09
Ag. Comum. de Saúde e Afins	1.889,63	1.792,45
Aux. de Lab. da Saúde	1.374,78	1.374,24

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 45 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Cuiabá (MT) e média da região de saúde Baixada Cuiabana, 2014.

CBO 2002 Família	Média Reg. saúde	Cuiabá
Médicos	77,58	78,88
Cirurgiões Dentistas	39,21	43,32
Farmacêuticos	20,18	21,07
Enfermeiros	20,17	20,22
Fisioterapeutas	19,28	19,41
Nutricionistas	18,19	18,9
Psicólogos	18,5	19,16
Téc. e Aux. de Enfermagem	11,69	11,87
Ortoptistas e Óticos	12,58	12,76
Técnicos de Odontologia	7	6,82
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	20,18	20,37
Téc. e Aux. Téc. em Patologia Clinica	10,97	11,12
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	15,84	16,32
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	11,67	10,95
Auxiliares de Laboratório da Saúde	8,33	8,35

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

A10 – Várzea Grande (MT)

A RAIS 2004 informava a existência de 4.442 estabelecimentos e 48.356 vínculos formais de emprego n município de Várzea Grande. O comércio varejista era responsável por 30,7% dos estabelecimentos e por 17,6% dos vínculos formais de emprego do município. O município contava com sete estabelecimentos de Atividades de Atendimento Hospitalar, que juntos empregavam 684 vínculos (Tabela 46).

O estoque de vínculos formais em dezembro de 2014 para médicos foi de 240 vínculos, estando 92,9% no Setor Público Municipal e 7,1% em Privado Lucrativo (Tabela 47).

O saldo de vínculos formais do município para o período em análise foi negativo para Médicos (-4), Farmacêuticos (-9), Fisioterapeutas (-1), Nutricionistas (-2), Psicólogos (-3), Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos (-3). Entre as ocupações que apresentaram maior saldo de vínculos formais estão os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (26) e os Enfermeiros (14) (Tabela 48).

A melhor remuneração mensal e por hora em Manaus é paga aos médicos e dentistas. Dentre as categorias de nível médio os melhores salários mensais são pagos aos ACS e por hora aos técnicos em equipamento médico e odontológico. As únicas ocupações que possuem uma remuneração média mensal superior à média da região de saúde são os dentistas, os técnicos em equipamento médico e odontológico, os ACS e os auxiliares de laboratório da saúde. Já em relação a remuneração média por hora, as únicas que possuem uma remuneração superior a média da região são os fisioterapeutas, técnicos de odontologia, técnicos em equipamento médico e odontológico, ACS e auxiliares de laboratório da saúde (Tabelas 49 e 50).

Tabela 46 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Várzea Grande, MT, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	4.442			48.356			10,9
Atividades de Atendimento Hospitalar	7	0,16	0,70	684	1,41	6,25	97,7
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	1	0,02	4,28	41	0,08	16,10	41,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Ativ. de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	70	1,58	0,55	136	0,28	0,10	1,9
Ativ. de Serviços de Complementação Diagn. e Terapêutica	13	0,29	0,55	200	0,41	0,77	15,4
Ativ. de Prof. da área de Saúde, Exceto Médicos e Odont.	5	0,11	0,22	9	0,02	0,04	1,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	4	0,09	0,38	19	0,04	0,16	4,8
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	1	0,02	20,68	5	0,01	9,50	5,0
Fabricação de Instrumentos e Materiais para Uso Médico e Odontológico e de Artigos ópticos	1	0,02	0,22	2	0,00	0,04	2,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	12	0,27	3,58	186	0,38	5,10	15,5
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	1	0,02	0,19	4	0,01	0,07	4,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	110	2,48	1,29	499	1,03	0,54	4,5
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	1	0,02	0,17	1	0,00	0,02	1,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica	16	0,36	0,67	41	0,08	0,16	2,6
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.241	27,9	NA	7.967	16,5	NA	6,4
Administração Pública em Geral	3	0,07	0,17	4.464	9,23	23,65	1.488,0
Horticultura	5	0,11	0,80	19	0,04	0,28	3,8
Criação de Caprinos e Ovinos	1	0,02	0,95	1	0,00	0,09	1,0
Criação de Animais não Especificados Anteriormente	2	0,05	0,87	13	0,03	0,52	6,5
Atividades de Apoio à Produção Florestal	1	0,02	0,61	7	0,01	0,39	7,0
Aquicultura em água Doce	3	0,07	2,10	13	0,03	0,84	4,3
Extração de Minério de Metais Preciosos	3	0,07	13,47	18	0,04	7,43	6,0
Extração de Pedra, Areia e Argila	10	0,23	1,42	85	0,18	1,11	8,5
Abate de Reses, Exceto Suínos	5	0,11	3,13	3.736	7,73	214,91	747,2
Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais	2	0,05	3,07	16	0,03	2,25	8,0
Fabricação de Sucos de Frutas, Hortaliças e Legumes	2	0,05	2,71	6	0,01	0,75	3,0
Fabricação de águas Envasadas	2	0,05	2,64	71	0,15	8,60	35,5
Fab. de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não Alcoólicas	3	0,07	5,36	1.209	2,50	198,31	403,0
Curtimento e Outras Preparações de Couro	4	0,09	5,60	29	0,06	3,73	7,3
Fabricação de Biocombustíveis, Exceto álcool	1	0,02	11,40	13	0,03	13,61	13,0
Fabricação de Embalagens de Vidro	1	0,02	28,68	8	0,02	21,08	8,0
Produção de Laminados Planos de Aço	1	0,02	6,74	12	0,02	7,43	12,0
Fabricação de Outras Máquinas e Equipamentos para Uso na Extração Mineral, Exceto na Extração de Petróleo	5	0,11	27,79	43	0,09	21,95	8,6
Fabricação de Colchões	4	0,09	7,43	271	0,56	46,21	67,8
Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	5	0,11	1,90	19	0,04	0,66	3,8
Captação, Tratamento e Distribuição de água	3	0,07	1,11	313	0,65	10,66	104,3
Construção de Obras de Arte Especiais	2	0,05	2,17	1	0,00	0,10	0,5
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos	2	0,05	2,40	2	0,00	0,22	1,0
Comércio Atacadista de Máquinas, Equipamentos para Terraplenagem, Mineração e Construção	6	0,14	7,82	72	0,15	8,62	12,0
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular	7	0,16	21,69	48	0,10	13,66	6,9
Limpeza em Prédios e em Domicílios	8	0,18	1,03	43	0,09	0,51	5,4
Defesa	1	0,02	1,97	191	0,39	34,52	191,0
Justiça	1	0,02	2,45	253	0,52	56,93	253,0
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação	4	0,09	2,11	1.285	2,66	62,22	321,3
Serviços Domésticos	10	0,23	2,70	9	0,02	0,22	0,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 47 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Várzea Grande, MT, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	Vínc ativos em 31/12	% Púb. Federal	% Púb. Municip.	% Privado Lucrativo	% Privado Não Lucrat.	% P. Fís. e outras Org. Legais
Médicos	240	0,0	92,9	7,1	0,0	0,0
Cirurgiões-dentistas	53	0,0	66,0	34,0	0,0	0,0
Farmacêuticos	149	0,0	22,8	71,8	5,4	0,0
Enfermeiros	142	0,0	49,3	11,3	39,4	0,0
Fisioterapeutas	24	0,0	87,5	4,2	8,3	0,0
Nutricionistas	41	0,0	26,8	48,8	24,4	0,0
Fonoaudiólogos	4	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0
Psicólogos	11	0,0	36,4	45,5	18,2	0,0
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	398	0,0	15,8	17,8	66,3	0,0
Ortoptistas e Óticos	3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Técnicos de Odontologia	70	0,0	30,0	45,7	1,4	22,9
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	8	0,0	37,5	62,5	0,0	0,0
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	35	0,0	5,7	31,4	62,9	0,0
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	115	0,0	87,0	5,2	7,8	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	236	27,1	66,5	0,8	5,5	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	64	0,0	12,5	35,9	50,0	1,6

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 48 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Várzea Grande, MT, 2014.

Família ocupacional (CBO 2002)	**Adm**	**Desl**	**Saldo**	**Adm 1º empr.**	**% 1º empr/ Tot Adm**
Médicos	224	228	-4	188	24,7
Cirurgiões-dentistas	22	19	3	12	5,9
Farmacêuticos	105	114	-9	18	11,1
Enfermeiros	168	154	14	126	10,9
Fisioterapeutas	21	22	-1	19	20,6
Nutricionistas	29	31	-2	7	20,4
Fonoaudiólogos	6	5	1	2	17,6
Psicólogos	18	21	-3	15	23,4
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	453	427	26	352	4,2
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos de Odontologia	87	82	5	52	5,9
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	1	4	-3	0	4,3
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	35	31	4	21	8,3
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	25	25	0	20	17,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	672	517	155	653	1,4
Auxiliares de Laboratório da Saúde	62	53	9	32	3,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 49 – Remuneração média em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Várzea Grande (MT) e média da região de saúde Baixada Cuiabana, 2014.

CBO 2002 - Família ocupacional	Média Reg. saúde	Várzea Grande
Médicos	7.265,48	6.087,93
Cirurgiões Dentistas	3.707,46	3.918,44
Farmacêuticos	3.180,02	2.642,16
Enfermeiros	3.069,11	2.858,03
Fisioterapeutas	2.504,57	2.435,73
Nutricionistas	2.970,85	2.441,97
Fonoaudiólogos	2.208,07	1.980,71
Psicólogos	2.892,46	1.987,12
Téc. e Aux. de Enfermagem	1.755,57	1.551,08
Ortoptistas e Óticos	2.202,48	2.054,62
Técnicos de Odontologia	1.190,35	1.159,26
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	2.489,40	2.568,54
Téc. e Aux. Téc. em Patologia Clinica	1.781,85	1.682,62
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	2.390,26	1.758,66
Ag. Comum. de Saúde e Afins	1.889,63	3.081,71
Aux. de Lab. da Saúde	1.374,78	1.422,40

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 50 – Remuneração média por hora de trabalho, em Reais, de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas em Várzea Grande (MT) e média da região de saúde Baixada Cuiabana, 2014.

CBO 2002 Família	Média Reg. saúde	Várzea Grande
Médicos	77,58	72,66
Cirurgiões Dentistas	39,21	30,15
Farmacêuticos	20,18	17,74
Enfermeiros	20,17	19,48
Fisioterapeutas	19,28	20,47
Nutricionistas	18,19	15,55
Psicólogos	18,5	13,46
Téc. e Aux. de Enfermagem	11,69	10,85
Ortoptistas e Óticos	12,58	11,67
Técnicos de Odontologia	7	7,31
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	20,18	20,55
Téc. e Aux. Téc. em Patologia Clinica	10,97	10,11
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	15,84	11,32
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	11,67	19,53
Auxiliares de Laboratório da Saúde	8,33	8,42

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

A11 - Guaíba (RS)

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.

O município contava com 63 vínculos ativos de médicos no período, estando 86% deles no setor público municipal. A ocupação com maior número de vínculos formais eram os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (205), seguido por Auxiliares de Laboratório da Saúde (47).

Em 2014, houve admissão de 69 médicos e desligamento de 118, resultando em um saldo negativo de 49 vínculos. As ocupação que apresentaram o maior saldo de vínculos foi a de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem com 23, seguido por Psicólogos, com um saldo de 19 vínculos positivos.

Tabela 40 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Guaíba, Rio Grande do Sul, 2014.

Classe CNAE	Estab	QL	%	Vinc	QL	%	Vinc/estab
Total da economia	1.399			22.009			15,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	1	0,32	0,07	9	0,18	0,04	9,0
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	42	1,06	3,00	103	0,16	0,47	2,5
Ativ. de Serv. de Complementação Diag. e Terap. (Classe 86402)	11	1,47	0,79	77	0,66	0,35	7,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	8	1,10	0,57	80	0,70	0,36	10,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	2,76	0,07	19	3,33	0,09	19,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	1	0,30	0,07	2	0,04	0,01	2,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	1	0,95	0,07	2	0,12	0,01	2,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	37	1,38	2,64	263	0,62	1,19	7,1
Com. Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	1	0,54	0,07	4	0,14	0,02	4,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	7	0,93	0,50	23	0,19	0,10	3,3
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	3	0,55	0,21	1847	21,50	8,39	615,7
Comercio varejista	400		28,59	2.662		12,10	6,7
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	16	2,28	1,14	41	0,37	0,19	2,6
Criação de Outros Animais de Grande Porte (Classe 1521)	2	2,54	0,14	5	0,40	0,02	2,5
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 1539)	1	3,01	0,07	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Apoio à Pecuária (Classe 1628)	4	1,26	0,29	9	0,18	0,04	2,3
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	3	1,31	0,21	15	0,42	0,07	5,0
Atividades de Apoio à Produção Florestal (Classe 2306)	4	7,69	0,29	383	46,82	1,74	95,8
Fabricação de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414)	1	8,02	0,07	81	41,30	0,37	81,0
Benefic. de Arroz e Fab. de Produtos do Arroz (Classe 10619)	1	3,14	0,07	3	0,60	0,01	3,0
Preparação e Fiação de Fibras Têxteis Naturais, Exceto Algodão (Classe 13120)	1	15,60	0,07	11	10,91	0,05	11,0
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	2	0,81	0,14	28	0,72	0,13	14,0
Fabricação de Celulose e Outras Pastas para a Fabricação de Papel (Classe 17109)	1	34,02	0,07	698	1.509,29	3,17	698,0
Fabricação de Papel (Classe 17214)	1	10,42	0,07	159	105,30	0,72	159,0
Fabricação de Produtos de Papel para Usos Doméstico e Higiênico-Sanitário (Classe 17427)	1	6,61	0,07	42	17,65	0,19	42,0
Fabricação de Gases Industriais (Classe 20142)	1	12,83	0,07	43	35,08	0,20	43,0
Fabricação de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 20401)	1	34,86	0,07	101	223,78	0,46	101,0
Fab. de Artigos de Metal para Uso Dom. e Pessoal (Classe 25934)	2	3,14	0,14	2	0,20	0,01	1,0
Fabricação de Máquinas, Equipamentos e Aparelhos para Transporte e Elevação de Cargas e Pessoas (Classe 28224)	6	24,34	0,43	947	244,19	4,30	157,8
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação (Classe 28330)	1	1,69	0,07	2	0,22	0,01	2,0
Fabricação de Máquinas-Ferramenta (Classe 28402)	1	2,26	0,07	7	1,01	0,03	7,0
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores não Especificados Anteriormente (Classe 29492)	1	1,41	0,07	16	1,43	0,07	16,0
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	1	2,30	0,07	41	5,99	0,19	41,0
Prod. e Distrib. de Vapor, água Quente e Ar Cond. (Classe 35301)	1	76,31	0,07	9	43,66	0,04	9,0
Captação, Tratamento e Distribuição de água (Classe 36006)	1	1,18	0,07	70	5,24	0,32	70,0

Coleta de Resíduos Perigosos (Classe 38122)	1	11,07	0,07	9	6,33	0,04	9,0
Construção de Rodovias e Ferrovias (Classe 42111)	2	1,11	0,14	250	8,79	1,14	125,0
Obras para Geração e Distribuição de Energia Elétrica e para Telecomunicações (Classe 42219)	2	2,04	0,14	9	0,58	0,04	4,5
Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928)	6	4,25	0,43	3110	140,13	14,13	518,3
Transporte Escolar (Classe 49248)	5	2,69	0,36	10	0,34	0,05	2,0
Atividades de Vigilância e Segurança Privada (Classe 80111)	2	1,51	0,14	18	0,87	0,08	9,0
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	1	1,74	0,07	93	10,31	0,42	93,0
Ativ. de Recreação e Lazer não Especif. Anterior. (Classe 93298)	2	1,10	0,14	4	0,14	0,02	2,0
Serviços Domésticos (Classe 97005)	1	0,86	0,07	2	0,11	0,01	2,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 41 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Guaíba, Rio Grande do Sul, 2014.

Família ocupacional (CBO)	Nº vinc. ativos	% Público Municipal	% Privado Lucrativo	% Priv. Não Lucrativo	% Pessoa Física e outras Org. Legais
Médicos	63	85,7	11,1	3,2	0,0
Cirurgiões-dentistas	12	66,7	16,7	16,7	0,0
Farmacêuticos	37	5,4	94,6	0,0	0,0
Enfermeiros	47	51,1	29,8	19,1	0,0
Fisioterapeutas	5	60,0	40,0	0,0	0,0
Nutricionistas	6	33,3	50,0	16,7	0,0
Fonoaudiólogos	5	40,0	40,0	20,0	0,0
Psicólogos e Psicanalistas	19	89,5	10,5	0,0	0,0
Tec. e Aux. de Enfermagem	205	47,3	52,7	0,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	1	0,0	100,0	0,0	0,0
Técnicos de Odontologia	13	0,0	92,3	0,0	7,7
Tec. em Equip. Médicos e Odontológicos	16	62,5	37,5	0,0	0,0
Tec. e Aux. em Patologia Clinica	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Agentes da Saúde e Do Meio Ambiente	18	94,4	5,6	0,0	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	12	100,0	0,0	0,0	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	47	0,0	97,9	2,1	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 42 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Guaíba, Rio Grande do Sul, 2014.

Família ocupacional (CBO)	Adm.	Desl.	Saldo	Adm. 1º empr.	% 1º empr./ Tot Adm.
Médicos	69	118	-49	3	4,3
Cirurgiões-dentistas	0	3	-3	0	0,0
Farmacêuticos	16	17	-1	4	25,0
Enfermeiros	22	10	12	5	22,7
Fisioterapeutas	1	1	0	1	100,0
Nutricionistas	7	6	1	0	0,0
Fonoaudiólogos	2	1	1	0	0,0
Psicólogos	20	1	19	0	0,0
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	92	69	23	13	14,1
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos de Odontologia	7	6	1	1	14,3
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	1	0	1	1	100,0
Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	1	1	0	0	0,0
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	16	15	1	2	12,5
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	7	6	1	0	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	42	29	13	3	7,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

A12 - Camaquã (RS)

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 31/12.

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.

Haviam cinco vínculos formais de médicos no município. A ocupação com maior número de vínculos eram os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (235 vínculos), seguido por Enfermeiros (37).

Houveram 6 admissões de médicos no ano, sendo 4 destes admitidos em primeiro emprego; entretanto, o saldo da ocupação para o período foi de -1. As ocupação que apresentaram o maior saldo de vínculos foram os psicólogos, com 19, seguidos pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (7).

Tabela 19 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Camaquã, Rio Grande do Sul, 2014.

Classe CNAE	Estab	QL	%	Vinc	QL	%	Vinc/ estab
Total da economia	1.616			12.807			7,9
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	3	0,82	0,19	21	0,73	0,16	7
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0	0	0	0	0	0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0	0	0	0	0	0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	41	0,89	2,54	61	0,17	0,48	1,5
Ativ. de Serv. de Complementação Diag. e Terap. (Classe 86402)	15	1,74	0,93	47	0,69	0,37	3,1
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	6	0,72	0,37	5	0,08	0,04	0,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	2,39	0,06	359	108,13	2,8	359
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	3	0,77	0,19	4	0,13	0,03	1,3
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	1	5,16	0,06	10	6,51	0,08	10
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	1	0,82	0,06	1	0,1	0,01	1
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico (Classe 46451)	1	0,53	0,06	0	0	0	0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	40	1,29	2,48	253	1,03	1,98	6,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	3	1,41	0,19	4	0,24	0,03	1,3
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	9	1,03	0,56	21	0,3	0,16	2,3
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	3	0,48	0,19	1760	35,2	13,74	586,7
Comercio varejista	444		27	2.883		22,5	6,5
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	145	17,89	8,97	601	9,36	4,69	4,1
Cultivo de Fumo (Classe 1148)	3	39,85	0,19	3	5,03	0,02	1
Criação de Outros Animais de Grande Porte (Classe 1521)	6	6,59	0,37	13	1,8	0,1	2,2
Atividades de Apoio à Pecuária (Classe 1628)	4	1,09	0,25	22	0,76	0,17	5,5
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	9	3,41	0,56	23	1,1	0,18	2,6
Abate de Reses, Exceto Suínos (Classe 10112)	1	1,72	0,06	1	0,22	0,01	1
Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais (Classe 10121)	1	2,03	0,06	2	0,51	0,02	2
Fab. de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414)	2	13,89	0,12	314	275,13	2,45	157
Beneficiamento de Arroz e Fab. de Produtos do Arroz (Classe 10619)	8	21,73	0,5	744	254,96	5,81	93
Moagem de Trigo e Fabricação de Derivados (Classe 10627)	1	5,75	0,06	88	63,86	0,69	88
Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107)	1	62,67	0,06	1	7,91	0,01	1
Fabricação de Produtos do Fumo (Classe 12204)	3	38,8	0,19	11	17,95	0,09	3,7
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	2	0,7	0,12	7	0,31	0,05	3,5
Reforma de Pneumáticos Usados (Classe 22129)	2	4,09	0,12	9	2,32	0,07	4,5
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23427)	1	0,39	0,06	0	0	0	0
Fabricação de Artigos de Metal para Uso Doméstico e Pessoal (Classe 25934)	3	4,08	0,19	5	0,86	0,04	1,7
Fabricação de Máquinas, Equipamentos e Aparelhos para Transporte e Elevação de Cargas e Pessoas (Classe 28224)	1	3,51	0,06	2	0,89	0,02	2
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação (Classe 28330)	9	13,2	0,56	102	18,87	0,8	11,3
Fabricação de Caminhões e ônibus (Classe 29204)	1	54,32	0,06	2	13,71	0,02	2
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores não Especificados Anteriormente (Classe 29492)	2	2,44	0,12	4	0,62	0,03	2
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	2	3,98	0,12	73	18,32	0,57	36,5
Captação, Tratamento e Distribuição de água (Classe 36006)	1	1,02	0,06	35	4,5	0,27	35
Construção de Rodovias e Ferrovias (Classe 42111)	2	0,96	0,12	100	6,04	0,78	50

Obras para Geração e Distribuição de Energia Elétrica e para Telecomunicações (Classe 42219)	7	6,19	0,43	511	57,04	3,99	73
Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928)	2	1,23	0,12	16	1,24	0,12	8
Transporte Escolar (Classe 49248)	12	5,59	0,74	17	1	0,13	1,4
Atividades de Vigilância e Segurança Privada (Classe 80111)	2	1,31	0,12	86	7,11	0,67	43
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	1	1,51	0,06	58	11,05	0,45	58
Ativ. de Recreação e Lazer não Especif. Anteriormente (Classe 93298)	1	0,48	0,06	3	0,18	0,02	3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 20 - Número de vínculos formais de emprego de ocupações de saúde selecionadas, ativos em 31/12, e distribuição percentual dos vínculos por natureza jurídica do estabelecimento empregador, segundo ocupação – Camaquã, Rio Grande do Sul, 2014.

Família ocupacional (CBO)	Nº vinc. ativos	% Público Municipal	% Privado Lucrativo	% Priv. Não Lucrativo	% Pessoa Física e outras Org. Legais
Médicos	5	40,0	20,0	40,0	0,0
Cirurgiões-dentistas	13	84,6	7,7	7,7	0,0
Farmacêuticos	32	3,1	93,8	3,1	0,0
Enfermeiros	37	35,1	10,8	54,1	0,0
Fisioterapeutas	3	33,3	0,0	66,7	0,0
Nutricionistas	5	0,0	40,0	60,0	0,0
Fonoaudiólogos	3	66,7	0,0	33,3	0,0
Psicólogos e Psicanalistas	19	63,2	0,0	36,8	0,0
Tec. e Aux. de Enfermagem	235	31,5	8,5	60,0	0,0
Ortoptistas e Óticos	2	0,0	100,0	0,0	0,0
Técnicos de Odontologia	15	33,3	60,0	0,0	6,7
Tec. em Equip. Médicos e Odontológicos	16	0,0	18,8	81,3	0,0
Tec. e Aux. em Patologia Clinica	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Agentes da Saúde e Do Meio Ambiente	3	100,0	0,0	0,0	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	23	0,0	0,0	100,0	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	47	0,0	97,9	2,1	0,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

Tabela 21 - Número de admissões, desligamentos e saldo, nº de admitidos por 1º emprego e percentual de admissões por 1º emprego sobre o total de admissões, segundo ocupações de saúde selecionadas – Camaquã, Rio Grande do Sul, 2014.

Família ocupacional (CBO)	Adm.	Desl.	Saldo	Adm. 1º empr.	% 1º empr./ Tot Adm.
Médicos	6	7	-1	4	66,7
Cirurgiões-dentistas	0	0	0	0	0,0
Farmacêuticos	14	20	-6	0	0,0
Enfermeiros	8	8	0	0	0,0
Fisioterapeutas	0	1	-1	0	0,0
Nutricionistas	2	2	0	0	0,0
Fonoaudiólogos	0	1	-1	0	0,0
Psicólogos	24	5	19	2	8,3
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	42	35	7	0	0,0
Ortoptistas e Óticos	0	0	0	0	0,0
Técnicos de Odontologia	4	5	-1	1	25,0
Téc. em Equip. Médicos e Odontológicos	0	0	0	0	0,0

Téc. e Aux. Técnicos em Patologia Clínica	0	0	0	0	0,0
Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	0	0	0	0	0,0
Agentes Comunitários de Saúde e Afins	1	1	0	0	0,0
Auxiliares de Laboratório da Saúde	25	22	3	2	8,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Regulação do Trabalho das Profissões de Saúde

Volume X

ETAC com gestores de Unidades Básicas de Saúde

Março de 2017

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 em Saúde - EPSM

Regulação das Profissões de Saúde – ETAC com gestores de Unidades Básicas de Saúde

Relatório Final

Belo Horizonte

Março de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários

Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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

Equipe da pesquisa

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Sumário

Apresentação 4
1. Metodologia 5
1.1. Universo, amostra e taxa de resposta 5
2. Resultados – caracterização das Unidades Básicas de Saúde e dos entrevistados 9
2.1. Caracterização das Unidades Básica de Saúde (UBS) 9
2.2. Caracterização dos gestores 15
3. Resultados – questões opinativas sobre escopos de prática dos profissionais da UBS 19
3.1. Ampliação dos escopos de prática dos profissionais das UBS 19
3.2. Tarefas de especialistas que poderiam ser realizadas por médicos da APS 34
Apêndice – Máscara da ETAC 39

Apresentação

O objetivo deste documento é analisar os resultados de um survey telefônico realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) junto a gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil. Este estudo compõe a pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde", realizada em parceria pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, integrantes da Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-americana de Saúde.

Este trabalho se insere na Meta II da pesquisa, cujo objetivo é "Identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas dos diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde". O objetivo específico da ETAC foi o de investigar a opinião de gestores de UBS sobre o escopo de prática dos profissionais que atuam nestes serviços, mais especificamente sobre as possibilidades de ampliação e delegação de escopos e se isso poderia resolver o problema da escassez de profissionais e tornar os serviços mais resolutivos.

O relatório está dividido em três partes, sendo que a primeira descreve a metodologia. Em seguida são apresentados os resultados divididos em duas partes, uma com a caracterização das UBS e dos entrevistados e outra com as respostas das questões opinativas sobre escopo de prática dos profissionais de saúde e procedimentos realizados por médicos especialistas que poderiam ser realizados por médicos na Atenção Primária em Saúde (APS).

1. Metodologia

Este estudo consiste de um *survey* telefônico conduzido junto a gestores de Unidades Básicas de Saúde no Brasil por meio da técnica de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC). O objetivo é investigar a opinião dos gestores sobre os escopos de prática dos profissionais dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de saúde. Foi elaborado um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas. Após revisão, os questionários foram estruturados em formulário eletrônico (máscaras) para a realização das entrevistas e o processamento dos dados[1]. As entrevistas foram realizadas entre **16 de novembro de 2015 a 26 de janeiro de 2016**. O tratamento, limpeza e consistência do banco de dado e a análise estatística dos resultados foram realizados em SPSS 22.0.

1.1. Universo, amostra e taxa de resposta

O universo da pesquisa corresponde às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que foram recenseadas pelo Departamento de Atenção primária (DAB) no Brasil em 2012, totalizando 38.812 estabelecimentos. Foi calculada uma amostra aleatória estratificada por região geográfica e porte populacional do município de localização da UBS. Assim, cada estrato está proporcionalmente representado na amostra considerando o cálculo:

$$n = \frac{z^2 * p * (p-1)}{e^2}$$

Onde:

z = valor de Gauss de acordo com o nível de confiança;

p = proporção do estrato em relação ao total;

e = margem de erro.

Considerou-se 90% de nível de confiança e 5% de margem de erro. O tamanho final da amostra é de **995** estabelecimentos e o resultado do cálculo com os valores por estrato pode ser

[1] As máscaras podem ser consultadas no apêndice deste relatório.

consultado na tabela 1. No geral, a taxa de resposta da pesquisa foi de **70,5%**, totalizando **700** entrevistas completas. A região Sul foi à região com a maior taxa de resposta, 79%, seguida pela Sudeste (77,8%) e pela Centro-Oeste (70,4%). Já na região Nordeste, a taxa de resposta ficou em 62,7% e na Norte, 60,5%.

Ainda sobre a taxa de resposta, tomando como referência o estrato de porte populacional, houve certo equilíbrio entre as seis categorias pesquisadas. Registrou-se, por exemplo, nas cidades com mais de 100 mil habitantes uma taxa média de 80,6%, ao passo que, nas cidades com mais de 50 até 100 mil habitantes, essa taxa média foi de 74,2% e nas capitais e regiões metropolitanas de 71,5%. As menores taxas de resposta foram registradas nas cidades com mais de 20 até 50 mil habitantes (61,6%) e mais de 10 até 20 mil habitantes (66,3%).

Tabela 1 - Universo, amostra, pesquisas completas e taxa de resposta da ETAC com gestores de Unidades Básicas de Saúde.

Região geográfica	Porte populacional	Universo	Amostra	Pesquisas completas e taxa de resposta	
				n	%
Norte	Capitais e regiões metropolitanas	572	15	11	73,3
	Mais de 100 mil habitantes	319	9	5	55,6
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	451	12	6	50,0
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	948	25	12	48,0
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	557	15	11	73,3
	Até 10 mil habitantes	363	10	7	70,0
	Total	**3.210**	**86**	**52**	**60,5**
Nordeste	Capitais e regiões metropolitanas	1.440	37	24	64,9
	Mais de 100 mil habitantes	1.180	31	21	67,7
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	1.802	46	31	67,4
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	4.409	106	59	56,7
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	3.710	91	56	61,5
	Até 10 mil habitantes	2.097	54	37	68,5
	Total	**14.638**	**365**	**229**	**62,7**
Sudeste	Capitais e regiões metropolitanas	2.323	59	41	69,5
	Mais de 100 mil habitantes	2.322	59	52	88,1
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	1.414	37	32	86,5
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	2.167	55	41	74,5
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	1.853	48	33	68,8
	Até 10 mil habitantes	1.864	48	39	81,3
	Total	**11.943**	**306**	**238**	**77,8**
Sul	Capitais e regiões metropolitanas	891	24	19	79,2
	Mais de 100 mil habitantes	869	23	21	91,3
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	739	20	16	80,0
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	1.129	30	21	70,0
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	1.162	30	21	70,0
	Até 10 mil habitantes	1.525	40	34	85,0
	Total	**6.315**	**167**	**132**	**79,0**
Centro-oeste	Capitais e regiões metropolitanas	351	9	7	77,8
	Mais de 100 mil habitantes	268	7	5	71,4
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	327	9	7	77,8
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	604	16	10	62,5
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	575	15	11	73,3
	Até 10 mil habitantes	581	15	10	66,7
	Total	**2.706**	**71**	**50**	**70,4**

(Continua)

(Continuação)

Região geográfica	Porte populacional	Universo	Amostra	Pesquisas completas e taxa de resposta	
				n	%
Brasil	Capitais e regiões metropolitanas	5.577	144	103	71,5
	Mais de 100 mil habitantes	4.958	129	104	80,6
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	4.733	124	92	74,2
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	9.257	232	143	61,6
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	7.857	199	132	66,3
	Até 10 mil habitantes	6.430	167	127	76,0
	Total	**38.812**	**995**	**700**	**70,5**

Fonte: Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde de 2016 e do Censo das UBS do Departamento de Atenção primária de 2012.

2. Resultados – caracterização das Unidades Básicas de Saúde e dos entrevistados

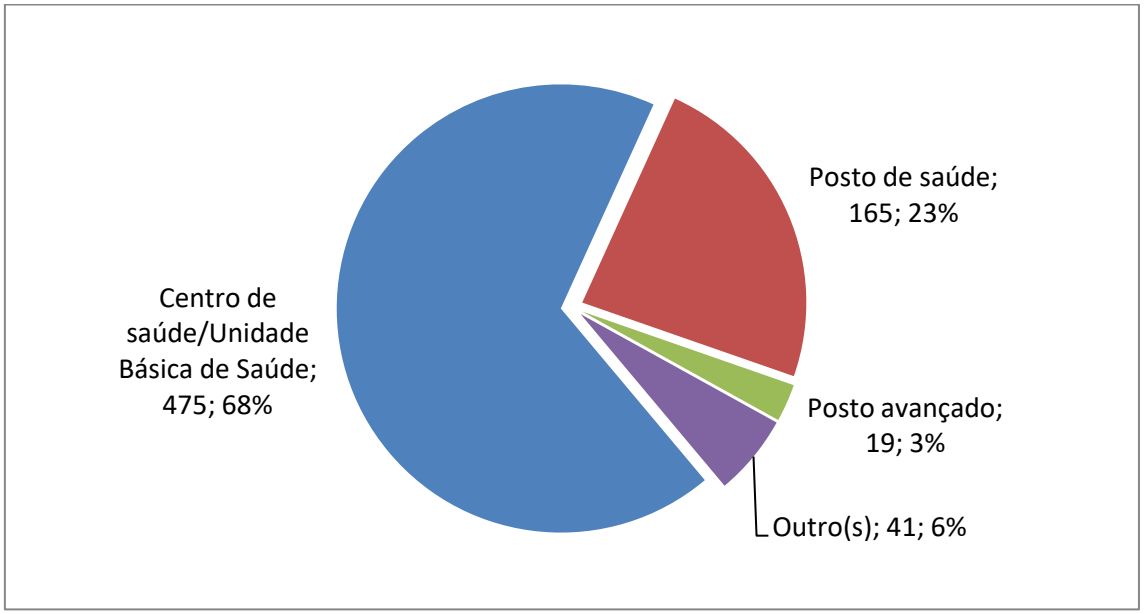
Neste tópico serão apresentados os resultados descritivos do primeiro bloco do questionário, o correspondente à caracterização da Unidade Básica de Saúde (localização geográfica e tipo de unidade) e do entrevistado (sexo, formação e tempo de atuação). Complementarmente, foram consultados alguns dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde de dezembro de 2015 para aprofundar a caracterização das unidades. Os dados obtidos indiretamente nesta fonte dizem respeito ao tipo de atenção prestada pela unidade (se Estratégia de Saúde da Família – ESF e ou Atenção Primária Convencional – APC) e à composição das equipes (se possuía médicos especialistas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, pessoal auxiliar e outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos).

2.1. Caracterização das Unidades Básica de Saúde (UBS)

Do total de 700 casos, 475 (ou 68%) se caracterizavam efetivamente como Unidades Básicas de Saúde (gráfico 1) de acordo com a definição do Ministério da Saúde, isto é, unidades que prestavam atendimento de atenção primária e integral à população, através de assistência permanente prestada por médicos generalistas ou médicos nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior, pronto atendimento 24 horas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Outros 165 (ou 23%) eram postos de saúde, os quais se caracterizam pela prestação de assistência por profissionais de nível médio, com presença intermitente ou não de médicos. Ainda havia 19 (3%) postos avançados e 41 (6%) com outras características.

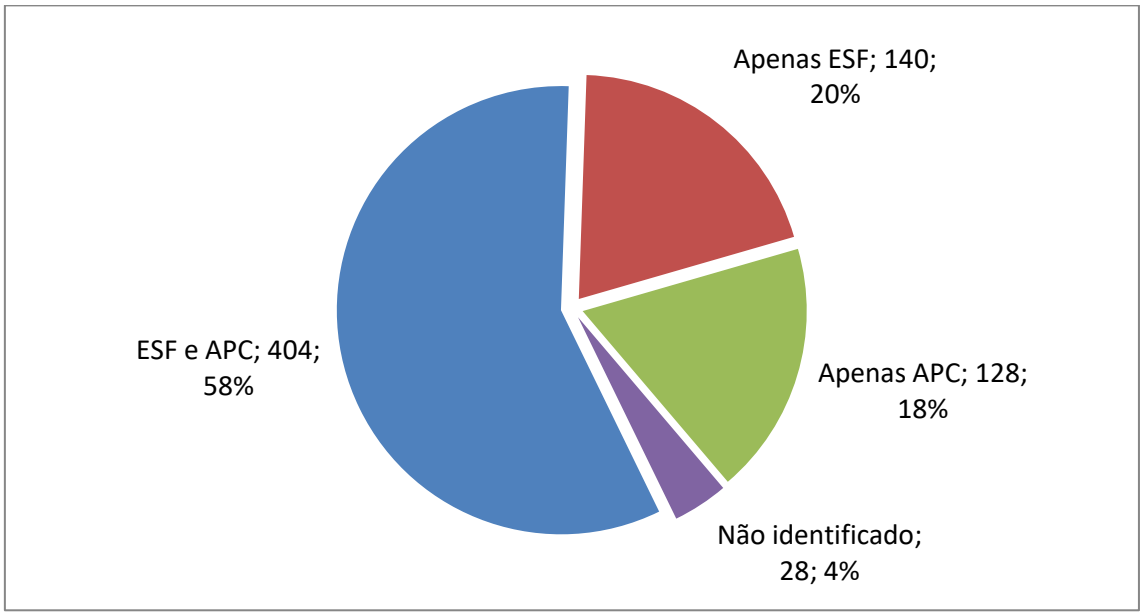
Do ponto de vista da forma de organização da assistência, 140 (20%) possuíam apenas Estratégia de Saúde da Família (ESF), isto é, se organizavam em torno de equipes multidisciplinares de saúde da família de acordo com as definições do Ministério da Saúde (gráfico 2). Já 128 casos (18%) possuíam apenas Atenção Primária Convencional (APC), em geral sistematizada através de consultas de clínica médica e de outras especialidades básicas, como pediatria e ginecologia e obstetrícia. Os que possuíam apenas ESF e APC totalizavam 404 casos (58%). Como esta informação é derivada do CNES, 28 casos não foram identificados.

Gráfico 1 – Distribuição das UBS por tipo de unidade (n=700).



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Gráfico 2 – Distribuição das UBS por tipo de atenção (n=700).



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de dezembro de 2015.

ESF = Estratégia de Saúde da Família; APC = Atenção Primária Convencional.

Segundo a tabela 2, quase 90% das unidades entrevistadas possuíam médicos, sendo que 75% possuíam médicos de família e comunidade, 26% médicos em clínica geral, 21,1% pediatras e 20,1% ginecologistas e obstetras. O número de casos com enfermeiros também era de quase 90%. Considerando outras profissões de nível superior, 70,8% possuíam cirurgiões-dentistas e em torno de 15%, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Entre as ocupações de nível técnico e médio, a maior presença era de agentes comunitários de saúde, em 80,5% das unidades, seguidos de técnicos de enfermagem (68,3%), auxiliares de saúde bucal (62,6%) e auxiliares de enfermagem (55,8%). Os agentes de combate a endemias e os técnicos de saúde bucal estavam presentes em menor número.

Tabela 2 – Número e % de UBS segundo presença de profissionais de saúde (n=672)*.

	n	%
Médicos	598	89,0
Médico de família e comunidade	504	75,0
Clínico geral	175	26,0
Pediatra	142	21,1
Ginecologista e obstetra	135	20,1
Enfermeiros	603	89,7
Cirurgiões-dentistas	476	70,8
Fisioterapeutas	107	15,9
Farmacêuticos	113	16,8
Psicólogos	116	17,3
Nutricionistas	95	14,1
Assistentes Sociais	83	12,4
Técnicos de enfermagem	459	68,3
Auxiliares de enfermagem	375	55,8
Técnicos de saúde bucal	87	12,9
Auxiliares de saúde bucal	421	62,6
Agentes comunitários de saúde	541	80,5
Agentes de combate a endemias	93	13,8

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de dezembro de 2015.

*Estabelecimentos pesquisados que foram encontrados no CNES.

Em relação à localização das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas (tabela 3), as regiões Sudeste (34%) e a Nordeste (32,7%) foram as mais representadas, seguidas pelas regiões Sul (18,7%), Norte (7,4%) e Centro-oeste (7,1%). Tomando com referência as Unidades da Federação, 14,9% eram do estado de Minas Gerais, 12% de São Paulo, 8,3% da Bahia e 7,6% do Paraná, sendo que estes foram os estados com maior número de entrevistas. Os demais estados variaram entre 0,7% (Acre e Rondônia) e 6,3% (Ceará). O mapa 1 descreve pontualmente a localização das 700 unidades de acordo com sua coordenada geográfica.

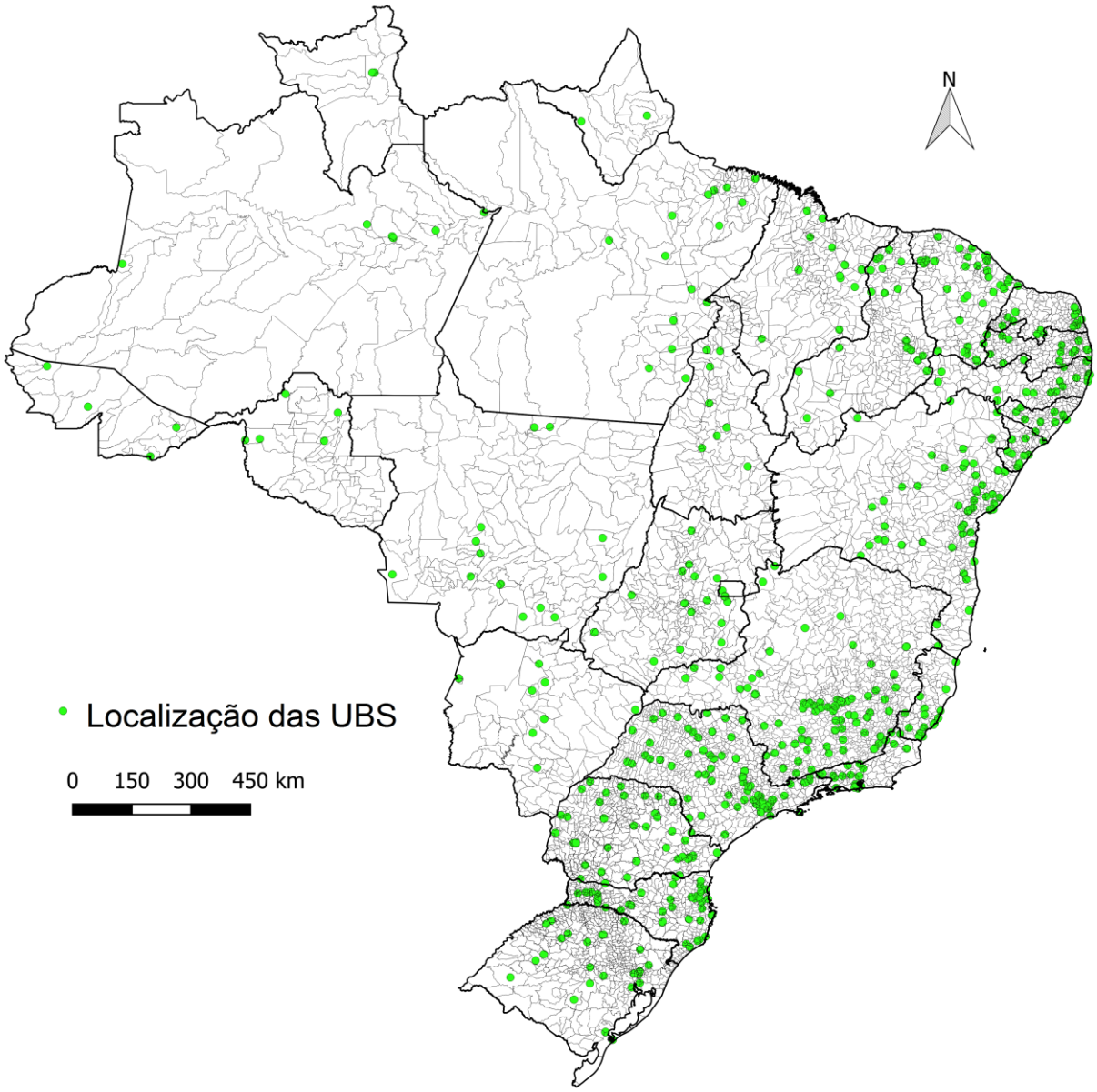
Note-se ainda, segundo a tabela 4, que 18% das unidades estavam em municípios com até 10 mil habitantes, 19,1% em municípios com mais de 10 até 20 mil habitantes, 20,4% mais de 20 até 50 mil, 13% mais de 50 até 100 mil, 14,9% mais de 100 mil e 14,6% em capitais e regiões metropolitanas.

Tabela 3 – Distribuição das UBS por Unidade da Federação e região geográfica.

UF/Região	n	%
Rondônia	5	0,7
Acre	5	0,7
Amazonas	9	1,3
Roraima	2	0,3
Pará	21	3,0
Amapá	1	0,1
Tocantins	13	1,9
Norte	**52**	**7,4**
Maranhão	15	2,1
Piauí	24	3,4
Ceará	43	6,1
Rio Grande do Norte	17	2,4
Paraíba	15	2,1
Pernambuco	28	4,0
Alagoas	14	2,0
Sergipe	11	1,6
Bahia	58	8,3
Nordeste	**229**	**32,7**
Minas Gerais	104	14,9
Espírito Santo	23	3,3
Rio de Janeiro	27	3,9
São Paulo	84	12,0
Sudeste	**238**	**34,0**
Paraná	53	7,6
Santa Catarina	41	5,9
Rio Grande do Sul	37	5,3
Sul	**131**	**18,7**
Mato Grosso do Sul	10	1,4
Mato Grosso	15	2,1
Goiás	21	3,0
Distrito Federal	4	0,6
Centro-oeste	**50**	**7,1**
Total	**700**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Mapa 1 – Localização geográfica das Unidades Básica de Saúde entrevistadas.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 4 – Distribuição das UBS por porte populacional do município.

Porte	n	% válido
Até 10 mil habitantes	126	18,0
Mais de 10 até 20 mil habitantes	134	19,1
Mais de 20 até 50 mil habitantes	143	20,4
Mais de 50 até 100 mil habitantes	91	13,0
Mais de 100 mil habitantes	104	14,9
Capitais e regiões metropolitanas	102	14,6
Total	*700*	*100*

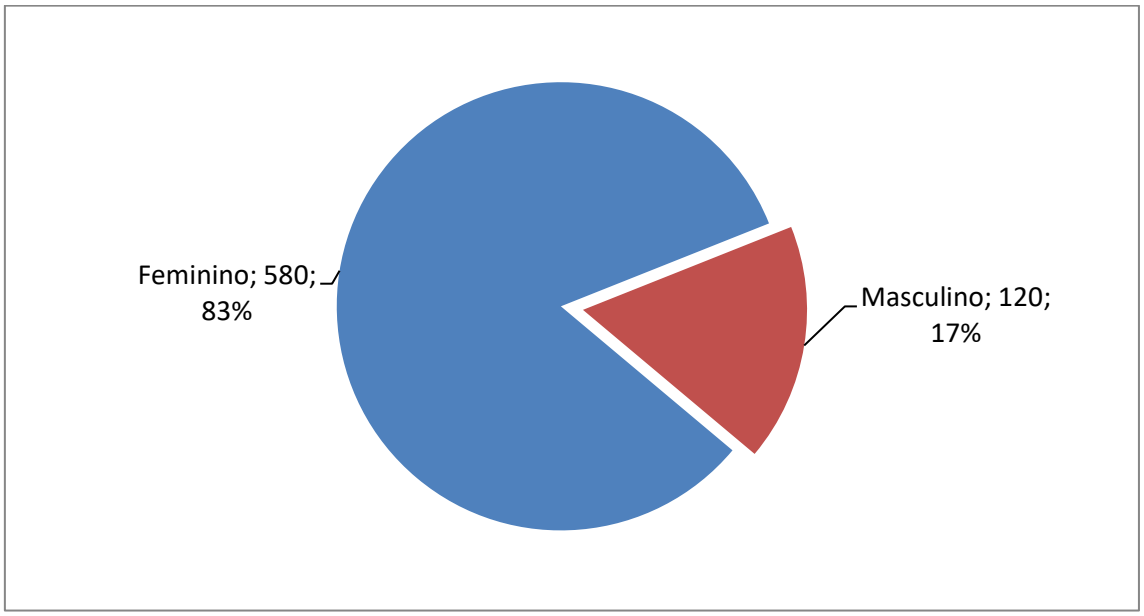
Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

2.2. Caracterização dos gestores

Foi realizado um bloco de perguntas referente ao perfil dos gestores das Unidades de Saúde. Neste, as questões versavam sobre o sexo do respondente, o maior nível de formação profissional, o curso de formação (no caso de indivíduos com nível superior) e também, sobre o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, o tempo em que trabalha na Unidade Básica de Saúde e o tempo que atua como gestor da UBS.

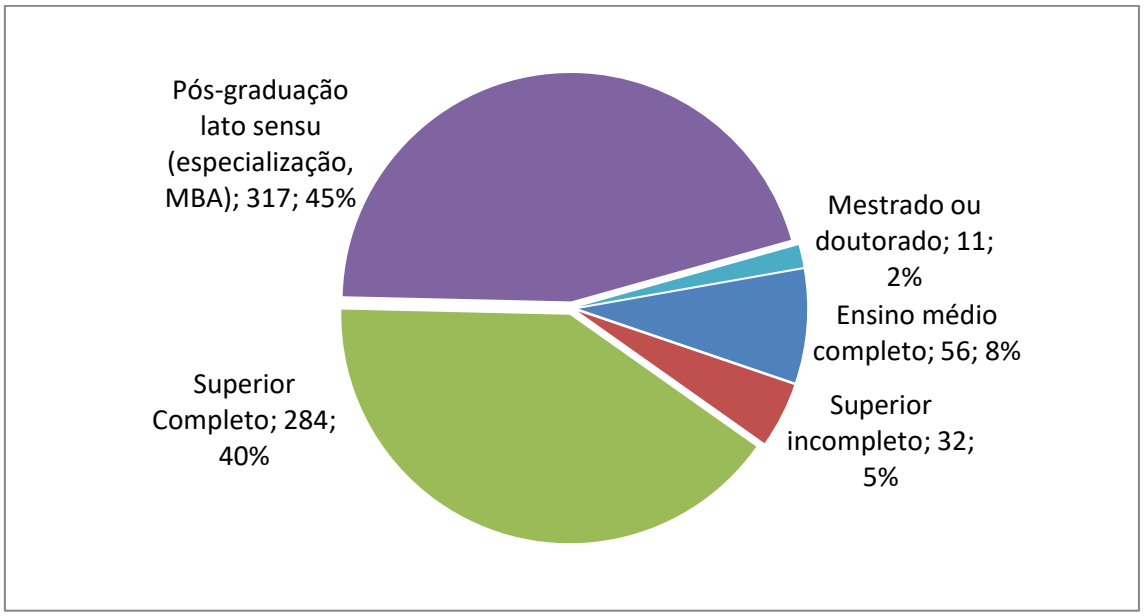
A grande maioria dos gestores que participaram da pesquisa era do sexo feminino (83%) e tinha o ensino superior completo (85%), sendo que 40% dos pesquisados possuíam apenas graduação, 43% pós-graduação *lato sensu* e 2% mestrado e doutorado (gráficos 3 e 4). Note-se que 5% informaram ensino superior incompleto e 8% ensino médio completo. A principal área de formação na graduação era a enfermagem, informada por 434 respondentes, ou 61,9% do total de pessoas com nível superior (tabela 5). A segunda área mais informada, ainda que de forma residual, por 15 respondentes, foi serviço social. Diversos cursos da saúde como medicina, odontologia, fisioterapia e psicologia foram citados por 38 pessoas e 7 citaram cursos de gestão na área da saúde. E ainda, 29 entrevistados eram formados em áreas como pedagogia, direito, filosofia e geografia.

Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por sexo (n=700).



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados por maior nível de formação (n=700).



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados com nível superior completo, segundo área de graduação (n=613).

	n	%
Enfermagem	434	61,9
Serviço social	15	2,1
Cursos de gestão na área da saúde	7	1,0
Outros cursos da área da saúde (medicina, odontologia, fisioterapia, psicologia, etc.)	38	5,4
Outras áreas (pedagogia, direito, filosofia, geografia, etc.)	29	4,1
Curso mal classificado	3	0,4
Sem informação	87	12,4
Total	613	100,0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Em média, os gestores atuavam há 7,5 anos na APS, sendo que os tempos médios de trabalho na UBS e de trabalho como gestor da UBS eram menores, de 3,9 e 3,1 anos, respectivamente. As medianas descreveram valores muito próximos ao da média, sendo de 6,0 anos na APS, 2,5 na UBS e 2,0 anos como gestor na UBS, o que são valores relativamente altos, em todos os casos. Nesse sentido, os dados sugerem que a distância média entre o tempo de atuação na APS e o de gestão da UBS caracteriza gestores com relativa experiência no campo em questão, sendo que a mesma é construída antes da atuação como gestor da unidade. A proximidade dos tempos médios de trabalho na unidade e de gestão sugere ainda que, em geral, essa experiência pregressa não é construída na própria unidade pesquisada.

Tabela 6 - Tempo que atua na APS, que trabalha na UBS e que atua como gestor (a) na UBS, em anos.

	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio padrão
Tempo que atua na atenção primária à saúde	7,5	0,08	6,0	38,0	6,6
Tempo que trabalha na Unidade Básica de Saúde	3,9	0,08	2,5	32,0	4,3
Tempo que atua como gestor na Unidade Básica de Saúde	3,1	0,08	2,0	27,0	3,6

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

3. Resultados – questões opinativas sobre escopos de prática dos profissionais da UBS

Neste tópico serão apresentados os resultados descritivos do bloco de questões opinativas sobre escopos de prática de profissionais da UBS, mais especificamente sobre a ampliação desses escopos. Num primeiro momento foram apresentadas de forma sequencial, várias questões afirmativas, onde o respondente deveria escolher uma resposta dentre as seguintes opções: discorda, discorda totalmente, nem concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente. Em alguns casos, os entrevistados foram convidados a explicitar os motivos da discordância com as afirmativas e, em outros, a citar ações que poderiam ser realizadas por médicos e outros profissionais da APS, no sentido de ampliar o escopo de atividades a serem realizadas nas unidades. Nestes últimos casos as respostas foram abertas, sendo que as mesmas foram categorizadas no processo de análise.

3.1. Ampliação dos escopos de prática dos profissionais das UBS

A primeira afirmação direcionada aos respondentes foi: “a ampliação dos escopos é necessária para aumentar a resolubilidade das equipes na atenção primária”. A grande maioria disse concordar ou concordar totalmente, 71,3% e 24,9%, respectivamente (tabela 7). Apenas 10 disseram que nem concordam nem discordam e 16 que discordam. Entre estes últimos, foi perguntado o motivo da discordância e, de maneira geral, os respondentes disseram que a resolubilidade não está atrelada ao escopo dos profissionais e que o necessário é melhorar as condições estruturais para que as equipes atuais consigam prestar uma assistência mais qualificada.

Tabela 7 - Ampliação dos escopos é necessária para aumentar a resolubilidade das equipes na atenção primária.

	n	%
Discorda totalmente	0	0,0
Discorda	16	2,3
Nem concorda e nem discorda	10	1,4
Concorda	499	71,3
Concorda totalmente	174	24,9
Não respondeu	1	0,1
Total	**700**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A maioria também concordou ou concordou totalmente que para ampliação dos escopos clínicos dos profissionais da atenção primária é preciso qualificação específica, sendo 71,1% no primeiro caso e 22,1% no segundo (tabela 8). O número de entrevistados que disse discordar ou discordar totalmente da afirmativa foram 31. Quando a estes foi perguntado o motivo da discordância, as respostas foram no sentido de que os profissionais já são qualificados na formação para estas atividades, ou que a atenção primária não deve prestar assistência especializada, ou consideram, ainda, que os profissionais se qualificam na prática.

Tabela 8 - Para ampliação dos escopos clínicos dos profissionais da atenção primária é preciso qualificação específica.

	n	%
Discorda totalmente	1	0,1
Discorda	30	4,3
Nem concorda e nem discorda	12	1,7
Concorda	502	71,7
Concorda totalmente	155	22,1
Total	**700**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A maioria também concordou que algumas atividades executadas por médicos em Centros de Especialidades Médicas poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS, sendo 63,8% que concordaram e 9% que concordaram totalmente (tabela 9). Entre os 114 entrevistados (ou 16,3%) que discordaram, o principal motivo da discordância, citada por 50%, foi que a atenção especializada deve ser realizada por especialistas e não por generalistas. Outros 35,1% que não é competência da atenção primária prestar assistência especializada, 3,5% que a atenção primária não tem suporte/infraestrutura e 8,8% citaram outros motivos.

Tabela 9 - Algumas tarefas executadas por médicos em Centros de Especialidades Médicas poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS.

	n	**%**
Discorda totalmente	14	2,0
Discorda	100	14,3
Nem concorda e nem discorda	76	10,9
Concorda	447	63,9
Concorda totalmente	63	9,0
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
A atenção especializada deve ser realizada por especialistas	57	50,0
Não é competência da atenção primária	40	35,1
A atenção primária não tem suporte/infraestrutura	4	3,5
Outros	10	8,8
Não respondeu	3	2,6
Total	**114**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Para os 510 que concordaram com a afirmativa foi perguntado quais seriam estas atividades e foram obtidas 744 citações. As mais citadas, o correspondente a 23,5% do total, se caracterizam como casos clínicos/consultas de especialidades diversas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, dermatologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia, mastologia, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, geriatria, infectologia, pneumologia, urologia). Em seguida apareceram atividades genéricas (pequenos procedimentos, cuidado continuado, diagnóstico, prescrição, atendimento clínico, atividades de baixa complexidade, acompanhamento continuado de pacientes, etc.), citadas 174 vezes (23,4%). Também apareceram com

frequências os casos clínicos gerais e acompanhamento de grupo de pacientes (alergias, bronquite, diabetes, hipertensão, hanseníase, gripe, puericultura, saúde da mulher/homem, pré-natal, etc.) e as pequenas cirurgias (biópsia, sutura, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho, cantoplastia, retirada de cisto, etc.). Com menor frequência, a realização de exames (ultrassom, eletrocardiograma, raios-x, citopatologia, avaliação de fundo de olho, otoscopia, etc.) e os pequenos procedimentos ambulatoriais (lavagem de ouvido, curativos, sondagens, retirada de ponto, nebulização, medicações intravenosas, etc.).

Tabela 10 – Tarefas executadas por médicos em Centros de Especialidades Médicas poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS citadas pelos respondentes que concordam com a afirmativa.

	n	%
Casos clínicos/consultas de especialidades diversas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, dermatologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia, mastologia, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, geriatria, infectologia, pneumologia, urologia)	175	23,5
Atividades genéricas (pequenos procedimentos, cuidado continuado, diagnóstico, prescrição, atendimento clínico, atividades de baixa complexidade, acompanhamento continuado de pacientes, etc.)	174	23,4
Casos clínicos gerais/acompanhamento de grupo de pacientes (alergias, bronquite, diabetes, hipertensão, hanseníase, gripe, puericultura, saúde da mulher/homem, pré-natal, etc.)	160	21,5
Pequenas cirurgias (biópsia, sutura, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho, cantoplastia, retirada de cisto, etc.)	103	13,8
Realização de Exames (ultrassom, eletrocardiograma, raios-x, citopatologia, avaliação de fundo de olho, otoscopia, etc.)	44	5,9
Pequenos procedimentos ambulatoriais (lavagem de ouvido, curativos, sondagens, retirada de ponto, nebulização, medicações intravenosas, etc.)	58	7,8
Não sabe	30	4,0
Total de citações	**744**	**100,0**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A afirmação seguinte apresentada aos respondentes foi “a expansão das atividades médicas na atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas” (tabela 11). A concordância com a mesma foi menor do que a observada nas questões anteriores, ainda assim, representava a maioria dos casos, 53,4% somando as duas alternativas (concorda e concorda totalmente). Os que discordaram ou discordaram totalmente, totalizaram 197 respondentes, dos quais 144 respondeu que cada profissional deve atuar em sua área específica. Também foram citadas, como razão de discordância, que a expansão de escopos poderia sobrecarregar

o profissional da atenção primária, que somente a ampliação das atividades de médicos não é suficiente para compensar a escassez de especialistas e que a unidade não tem suporte ou estrutura.

Tabela 11 - A expansão das atividades médicas na atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas.

	n	%
Discorda totalmente	18	2,6
Discorda	178	25,4
Nem concorda e nem discorda	57	8,1
Concorda	325	46,4
Concorda totalmente	49	7,0
Não respondeu	73	10,4
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Cada profissional deve atuar em sua área específica	144	73,1
Sobrecarregaria o profissional da atenção primária	10	5,1
Somente a ampliação das atividades de médicos não é suficiente	9	4,6
A unidade não tem suporte/estrutura	2	1,0
Outros	28	14,2
Não respondeu	4	2,0
Total	**197**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Cerca de 70% dos gestores concordaram que algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser executadas por enfermeiros treinados e 25% discordaram da afirmativa (tabela 12). Entre estes últimos, a principal razão é que cada profissional deve atuar em sua área específica, o que foi citado por 70,9% dos respondentes que discordaram e em sintonia com a afirmativa anterior. Também foi citada a limitação do código de ética das profissões e a sobrecarga das atividades.

Tabela 12 - Algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser executadas por enfermeiros treinados.

	n	%
Discorda totalmente	16	2,3
Discorda	159	22,7
Nem concorda e nem discorda	47	6,7
Concorda	408	58,3
Concorda totalmente	69	9,9
Não respondeu	1	0,1
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Cada profissional deve atuar em sua área específica	124	70,9
Limitação do código de ética da profissão	22	12,6
Sobrecarregaria ainda mais o profissional	18	10,3
Outros	8	4,6
Não respondeu	3	1,7
Total	**175**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Os 477 entrevistados que concordaram com a afirmativa acima responderam quais tarefas executadas por médicos poderiam ser executadas por enfermeiros treinados (tabela 13). Entre as 692 citações, a maioria (51%) foi de casos clínicos gerais e acompanhamento de grupo de pacientes (diabetes, hipertensão, anemia, DST, acidentes de trabalho, diarreia, desidratação, verminoses, pós-parto, puericultura, saúde da mulher/homem, pré-natal, renovação de receita, etc.). Em seguida apareceram as pequenas cirurgias (sutura, retirada de corpo estranho, canto-plastia, etc.), a realização de exames (ultrassom, eletrocardiograma, raios-x, citopatologia, acuidade visual, otoscopia, mamografia, teste de esforço, etc.) e atividades genéricas (ações de prevenção, atendimento clínico, diagnóstico, prescrição, procedimentos simples, orientação, retornos, etc.), ambas com mais de 60 citações. As menos referidas foram: pequenos procedimentos (curativo, imunização, lavagem de ouvido, sondagens, administração de medicamentos, etc.) e casos clínicos/consultas de especialidades diversas (ginecologia e obstetrícia, pediatria, dermatologia, nefrologia). Note-se que a maioria das tarefas citadas já faz parte do escopo da enfermagem ou dele se aproxima.

Tabela 13 – Tarefas executadas por médicos poderiam ser executadas por enfermeiros treinados citadas pelos respondentes que concordam com a alternativa.

	n	%
Casos clínicos gerais/acompanhamento de grupo de pacientes (diabetes, hipertensão, anemia, DST, acidentes de trabalho, diarreia, desidratação, verminoses, pós-parto, puericultura, saúde da mulher/homem, pré-natal, renovação de receita, etc.)	353	51,0
Pequenas cirurgias (sutura, retirada de corpo estranho, cantoplastia, etc.)	102	14,7
Realização de Exames (ultrassom, eletrocardiograma, raios-x, citopatologia, acuidade visual, otoscopia, mamografia, teste de esforço, etc.)	91	13,2
Atividades genéricas (ações de prevenção, atendimento clínico, diagnóstico, prescrição, procedimentos simples, orientação, retornos, etc.)	61	8,8
Pequenos procedimentos (curativo, imunização, lavagem de ouvido, sondagens, administração de medicamentos, etc.)	46	6,6
Casos clínicos/consultas de especialidades diversas (ginecologia e obstetrícia, pediatria, dermatologia, nefrologia)	12	1,7
Não sabe	27	3,9
Total de citações	**692**	**100,0**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Embora a maioria tenha concordado com a ampliação dos escopos de enfermagem, apenas 39,8% concordou que essa expansão poderia compensar a escassez de médicos (tabela 14). De fato, a maioria, representada por 51,4%, discordou ou discordou totalmente. Quando perguntados sobre os motivos da discordância, as respostas não foram explícitas quanto à questão da escassez de médicos e sim, repetiram muito dos argumentos já apresentados em questões anteriores, sendo as principais o fato de que cada profissional deve atuar em sua área específica, citada por 163, e a limitação do código de ética das profissões, citada por 88.

Tabela 14 - A expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos.

	n	%
Discorda totalmente	54	7,7
Discorda	306	43,7
Nem concorda e nem discorda	58	8,3
Concorda	248	35,4
Concorda totalmente	31	4,4
Não respondeu	3	0,4
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Cada profissional deve atuar em sua área específica	163	45,3
Limitação do código de ética da profissão	88	24,4
Sobrecarregaria ainda mais o profissional	19	5,3
Não tem qualificação necessária	10	2,8
Os pacientes preferem ser atendidos por médicos	5	1,4
Outros	13	3,6
Não respondeu	62	17,2
Total	**360**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Outra possibilidade de expansão de escopos pesquisada foi entre cirurgiões-dentistas. Diante da afirmativa "algumas tarefas executadas por dentistas em Centros de Especialidades Odontológicas poderiam ser realizadas por dentistas da atenção primária", a maioria disse concordar ou concordar totalmente, totalizando 76,3% dos respondentes (tabela 15). Entre os 80 gestores que discordaram ou discordaram totalmente, as principais razões da discordância citadas foram que a atenção primária não tem suporte/infraestrutura e que esse tipo de atenção deve ser realizado por especialistas.

Para os 534 que concordaram com a afirmativa foi perguntado quais atividades poderiam ser realizadas e foram obtidas 709 citações (tabela 16). As tarefas mais citadas foram de endodontia, exodontia e restauração, que corresponderam a 34,6%, 20,6% e 15,8% das citações, respectivamente. Com menos de 10% apareceram ações de higienização, exames, pequenas cirurgias, prótese, ortodontia e implante dentário.

Tabela 15 - Algumas tarefas executadas por dentistas em Centros de Especialidades Odontológicas poderiam ser realizadas por dentistas da atenção primária.

	n	%
Discorda totalmente	6	0,9
Discorda	74	10,6
Nem concorda e nem discorda	83	11,9
Concorda	486	69,4
Concorda totalmente	48	6,9
Não respondeu	3	0,4
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
A atenção primária não tem suporte/ infraestrutura	35	43,8
A atenção especializada deve ser realizada por especialistas	15	18,8
Não é competência da atenção primária	9	11,3
Outros	20	25,0
Não respondeu	1	1,3
Total	**80**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 16 – Tarefas executadas por dentistas em Centros de Especialidades Odontológicas poderiam ser realizadas por dentistas da atenção primária citadas pelos respondentes que concordaram com a afirmativa.

	n	%
Endodontia	245	34,6
Exodontia	146	20,6
Restauração	112	15,8
Higienização	70	9,9
Exames	38	5,4
Pequenas cirurgias	34	4,8
Prótese	31	4,4
Ortodontia	15	2,1
Implante dentário	6	0,8
Não sabe	10	1,4
Nenhum	2	0,3
Total	**709**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Sobre se cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária, 84,6% afirmaram concordar ou concordar totalmente (tabela 17). A discordância foi referida por 63 respondentes, dos quais, 43 disseram que os protocolos devem ser definidos pelo Ministério da Saúde, 06 responderam que os municípios não têm capacidade técnica e 04 que deveria haver um protocolo único adaptado à realidade de cada município.

A despeito da alta proporção de concordância com o item anterior, 84,5% também concordaram que o Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária (tabela 18). Os que discordaram somaram 64 gestores que citaram, em sua maioria (81,3%) que os protocolos deveriam se adequar a realidade de cada município. Alguns também citaram que o Ministério da Saúde deveria ser mais propositivo e menos regulador.

Tabela 17 - Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária.

	n	**%**
Discorda totalmente	11	1,6
Discorda	52	7,4
Nem concorda e nem discorda	39	5,6
Concorda	486	69,4
Concorda totalmente	107	15,3
Não respondeu	5	0,7
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Os protocolos deveriam ser definidos pelo Ministério da Saúde	42	66,7
Municípios não tem capacidade técnica	6	9,5
Devia haver um protocolo único, porém, adaptado a realidade de cada município	4	6,3
Outros	10	15,9
Não respondeu	1	1,6
Total	**63**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

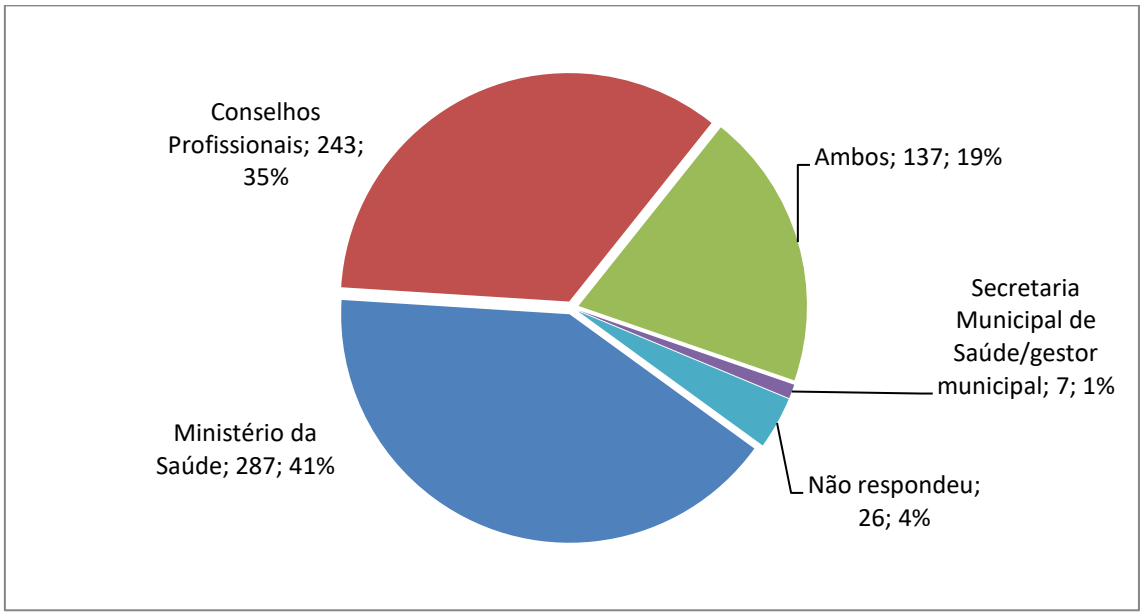
Tabela 18 - O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária.

	n	%
Discorda totalmente	3	0,4
Discorda	61	8,7
Nem concorda e nem discorda	41	5,9
Concorda	508	72,6
Concorda totalmente	85	12,1
Não respondeu	2	0,3
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Os protocolos deveriam se adequar a realidade de cada município	52	81,3
O Ministério da Saúde deveria ser mais propositivo e menos regulador	6	9,4
Outros	6	9,4
Total	**64**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Indagados, porém, sobre quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, 41% referiram o Ministério da Saúde, 35% os Conselhos Profissionais e somente 1% a Secretaria Municipal de Saúde. Outros 19% disseram que essa prerrogativa deveria ser de ambos os atores envolvidos no processo de expansão (gráfico 5).

Gráfico 5 – Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Ainda sobre as afirmativas apresentadas aos gestores, 86,3% disse que concordava ou concordava totalmente que é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos (tabela 19). Entre os 63 que discordaram 19 explicitaram como motivo o fato de já existirem protocolos que definem a questão, 12 que a delegação é definida pelos conselhos profissionais, 06 que a delegação é definida pelo Ministério da Saúde, entre outros. Quase a totalidade respondeu concordar ou concordar totalmente que a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnico deve respeitar o limite estabelecido por lei (tabela 20).

Já diante da afirmativa "para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício de cada profissão", apenas 49,3% concordou, enquanto 15,4% nem concordou nem discordou e 36,1% discordou (tabela 21). Quanto ao motivo da discordância, a maioria disse que a lei é suficiente (77,8% do total de 261). Também apareceram respostas como: cada profissional deve atuar em sua respectiva área de formação (citado por 20 casos) e para ampliar o escopo basta alterar os protocolos (citada por 19).

Tabela 19 - É responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos.

	n	%
Discorda totalmente	5	0,7
Discorda	58	8,3
Nem concorda e nem discorda	30	4,3
Concorda	513	73,3
Concorda totalmente	91	13,0
Não respondeu	3	0,4
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Já existem protocolos	19	30,2
A delegação é definida pelos conselhos profissionais	12	19,0
A delegação é definida pelo Ministério da Saúde	6	9,5
Não precisa delegar, os técnicos já conhecem suas atribuições	1	1,6
Outros	25	39,7
Total	**63**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 20 - A delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnico deve respeitar o limite estabelecido por lei.

	n	%
Discorda totalmente	0	0,0
Discorda	3	0,4
Nem concorda e nem discorda	7	1,0
Concorda	487	69,6
Concorda totalmente	202	28,9
Não respondeu	1	0,1
Total	**700**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 21 - Para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício de cada profissão.

	n	%
Discorda totalmente	14	2,0
Discorda	246	35,1
Nem concorda e nem discorda	108	15,4
Concorda	270	38,6
Concorda totalmente	37	5,3
Não respondeu	25	3,6
Total	**700**	**100**
Se discorda ou discorda totalmente, por quê?		
Não é necessário mudar a lei/ é suficiente	203	77,8
Cada profissional deve atuar em sua respectiva área de formação	20	7,7
Para ampliar o escopo basta alterar os protocolos	19	7,3
Outros	14	5,4
Não respondeu	5	1,9
Total	**261**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Independentemente das respostas aos itens anteriores, foi perguntado aos entrevistados quais seriam as vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, dentistas e enfermeiros para a gestão das Unidades Básicas de Saúde citadas. Segundo a tabela 22, foram feitas 602 citações de vantagens e 709 de desvantagens. Entre as vantagens, a mais citada foi a "melhoria do atendimento", referida por 54,3% das vezes. Também foram citadas afirmações como: "aumentaria a resolubilidade dos casos", "diminuiria a demanda" e "melhoraria o ambiente e as condições de trabalho". 15 entrevistados disseram que não há vantagens e 23 não souberam responder. Entre as desvantagens, a mais citada foi a "sobrecarga de trabalho". Outros itens foram: "avultaria ainda mais a inabilidade estrutural", "aumentaria os custos", "Pioraria a qualidade do atendimento" e "poderia afetar o processo de trabalho e as redes de atendimento". Note-se que 427 entrevistados informaram não haver desvantagens e 55 não souberam responder.

Tabela 22 – Vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, dentistas e enfermeiros para a gestão das Unidades Básicas de Saúde citadas.

Vantagens	**n**	**%**
Melhoraria o atendimento	327	54,3
Aumentaria a resolubilidade dos casos	138	22,9
Diminuiria a demanda	71	11,8
Melhoraria no ambiente e nas condições de trabalho	16	2,7
Nenhuma	15	2,5
Outros	12	2,0
Não sabe	23	3,8
Total de citações	*602*	*100,0*
Desvantagens	**n**	**%**
Nenhuma	427	60,2
Sobrecarregaria o trabalho da unidade	97	13,7
Avultaria ainda mais a inabilidade estrutural	50	7,1
Aumentaria os custos	37	5,2
Pioraria a qualidade do atendimento	25	3,5
Poderia afetar o processo de trabalho e as redes de atendimento	18	2,5
Não sabe	55	7,8
Total de citações	*709*	*100,0*

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

3.2. Tarefas de especialistas que poderiam ser realizadas por médicos da APS

Na parte final do questionário, os entrevistados foram convidados a citar tarefas de algumas especialidades que poderiam ser realizados por médicos da atenção primária na UBS. As perguntas foram feitas mesmo para aqueles que discordaram em quesitos anteriores sobre a expansão de escopos de prática. Foram escolhidas as especialidades de cardiologia, oftalmologia e ortopedia e traumatologia. Também foi perguntado sobre casos clínicos que são frequentemente encaminhados para serviços especializados que poderiam ser resolvidos na unidade.

Sobre as tarefas de cardiologia, 81 entrevistados disseram que nenhuma tarefa poderia ser realizada por médicos da atenção primária (tabela 23). Os demais informaram 715 tarefas e a mais citada foi realizar eletrocardiograma, por 444 entrevistados (ou 63,4% do total). Na sequência apareceram com menor frequência outros exames (como Ecocardiograma, Holter, Dopler, Raios-X), os quais foram reunidos em uma única categoria, com 9,9% dos gestores. Também foram citadas ações de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, consulta clínica cardiológica, avaliação de risco cirúrgico e atendimento de urgência. 13,3% não souberam responder.

Tabela 23 - Tarefas de cardiologia que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na Unidade Básica de Saúde (n=700).

	n	%
Realizar eletrocardiograma	444	63,4
Não sabe	93	13,3
Nenhum	81	11,6
Realizar exames diversos (Ecocardiograma, Holter, Dopler, Raios-X)	69	9,9
Acompanhamento de hipertensos e diabéticos	48	6,9
Consulta clínica cardiológica	35	5,0
Avaliação de risco cirúrgico	15	2,1
Atendimento de urgência	11	1,6

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Sobre as tarefas de oftalmologia, 201 entrevistados disseram que nenhuma tarefa poderia ser realizada por médicos da atenção primária (tabela 24). Os demais informaram 365 tarefas e a mais citada foi realizar exame de acuidade visual, por 179 entrevistados (25,6% do total). Também foram citados consulta clínica oftalmológica, exame de fundo de olho, diagnóstico e tratamento de oftalmias, retirada de corpo estranho do olho, pequenas cirurgias oftalmológicas, teste do olhinho e tonometria. 23,9% dos entrevistados não souberam responder.

Tabela 24 - Tarefas de oftalmologia que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na Unidade Básica de Saúde (n=700).

	n	%
Nenhuma	201	28,7
Realizar exame de acuidade visual	179	25,6
Não sabe	167	23,9
Consulta clínica oftalmológica	60	8,6
Realizar exame de fundo de olho	44	6,3
Diagnóstico e tratamento de oftalmias	34	4,9
Retirada de corpo estranho do olho	18	2,6
Pequenas cirurgias oftalmológicas	14	2,0
Teste de olhinho	10	1,4
Tonometria	6	0,9

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Sobre as tarefas de ortopedia e traumatologia, 218 entrevistados disseram que nenhuma tarefa poderia ser realizada por médicos da atenção primária (tabela 25). Os demais informaram 417 tarefas e a mais citada foi a de realizar, solicitar e interpretar raios-X, por 165 entrevistados (23,6% do total). Também foram citados imobilização, consulta clínica ortopédica, reabilitação física e acompanhamento de doenças crônicas. 18,3% dos entrevistados não souberam responder.

Tabela 25 – Tarefas de ortopedia e traumatologia que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na Unidade Básica de Saúde (n=700).

	n	%
Nenhuma	218	31,1
Realizar, solicitar e interpretar raios-X	165	23,6
Não sabe	128	18,3
Imobilização	121	17,3
Consulta clínica ortopédica	65	9,3
Reabilitação física	32	4,6
Acompanhamento de doenças crônicas	17	2,4
Outras	17	2,4

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Para a pergunta sobre quais casos frequentemente encaminhados a serviços especializados que poderiam ser resolvidos na Unidade Básica de Saúde, foram obtidas 1.102 respostas, as quais foram categorizadas de acordo com especialidades de maior relação (tabela 26). A especialidade com maior número de casos clínicos referidos foi cardiologia, por 170 respondentes (ou 24,3% do total). Em seguida apareceu ginecologia e obstetrícia (121 respondentes, ou 17,3%), ortopedia e traumatologia (93; 13,3%) e endocrinologia (87; 12,4%). Com 30 a 41 citações, ficaram os casos clínicos associados às especialidades pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, oftalmologia, dermatologia e psiquiatria. Com menos de 30, otorrinolaringologia, nefrologia/urologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, cancerologia, coloproctologia, geriatria, alergologia, angiologia, cirurgia geral e hematologia. Ressalta-se ainda que 123 (17,6%) respondentes disseram que nenhum caso de encaminhamento poderia ser resolvido na UBS e 46 (6,6%) não souberam responder.

Por fim, os entrevistados responderam por que estes casos não são resolvidos na UBS e 32,9% informou que faltam profissionais qualificados, 27,9% que falta estrutura na unidade e 12,6% que falta equipamento na unidade (tabela 27). Outros itens menos citados foram: "cultura" do encaminhamento (profissional e ou paciente preferem o encaminhamento ao especialista), limites definidos em protocolo e indisposição do médico.

Tabela 26 – Casos clínicos frequentemente encaminhados a serviços especializados que poderiam ser resolvidos na Unidade Básica de Saúde, por especialidade (n=700).

	n	%
Cardiologia	170	24,3
Procedimentos diversos	158	22,6
Nenhum	123	17,6
Ginecologia e obstetrícia	121	17,3
Ortopedia e traumatologia	93	13,3
Endocrinologia	87	12,4
Não sabe	46	6,6
Pediatria	41	5,9
Radiologia e diagnóstico por imagem	40	5,7
Oftalmologia	39	5,6
Dermatologia	38	5,4
Psiquiatria	30	4,3
Otorrinolaringologia	26	3,7
Nefrologia/Urologia	15	2,1
Neurologia	15	2,1
Pneumologia	15	2,1
Gastroenterologia	14	2,0
Infectologia	8	1,1
Cancerologia	7	1,0
Outras especialidades (coloproctologia, geriatria, alergologia, angiologia, cirurgia geral e hematologia)	16	2,3

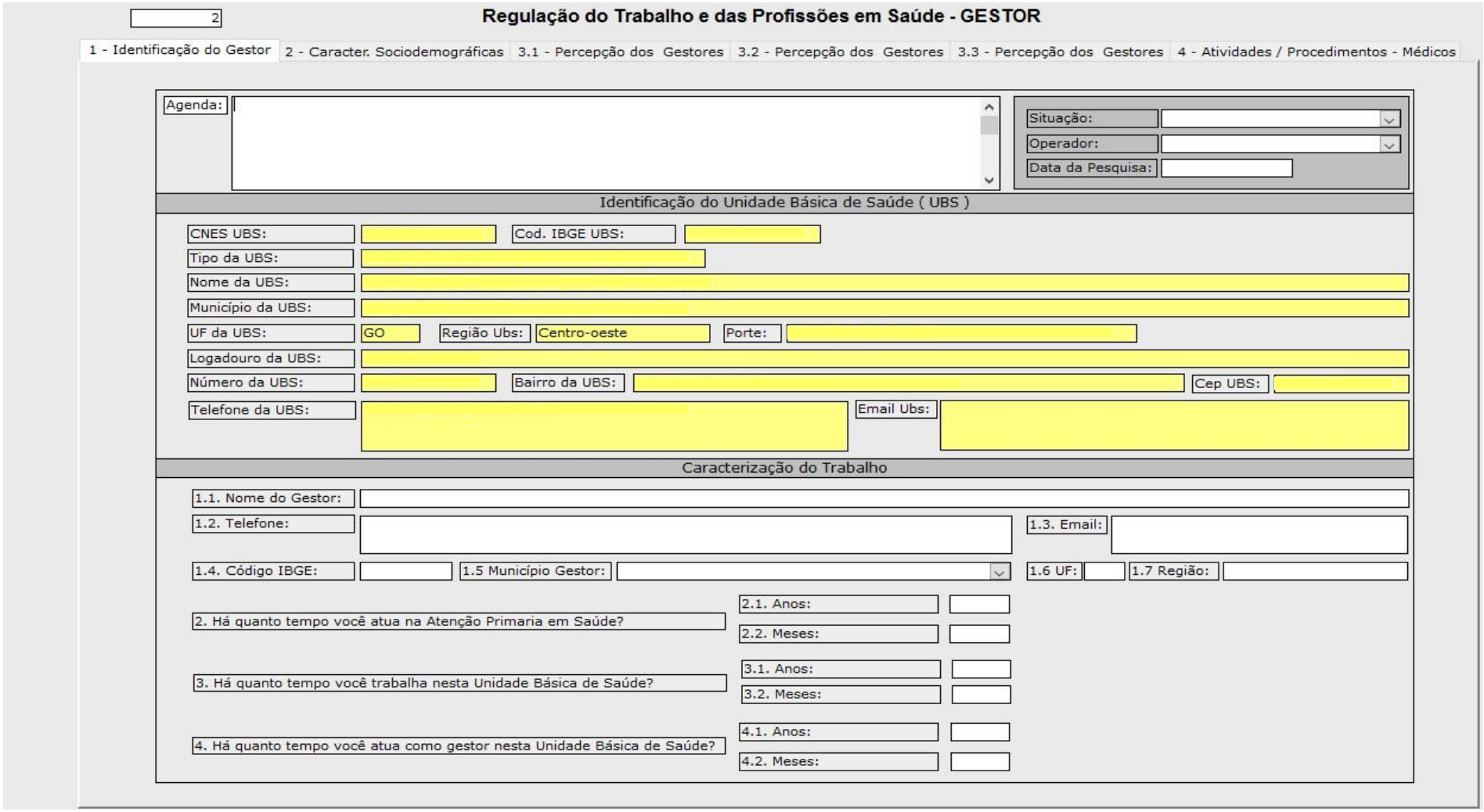
Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

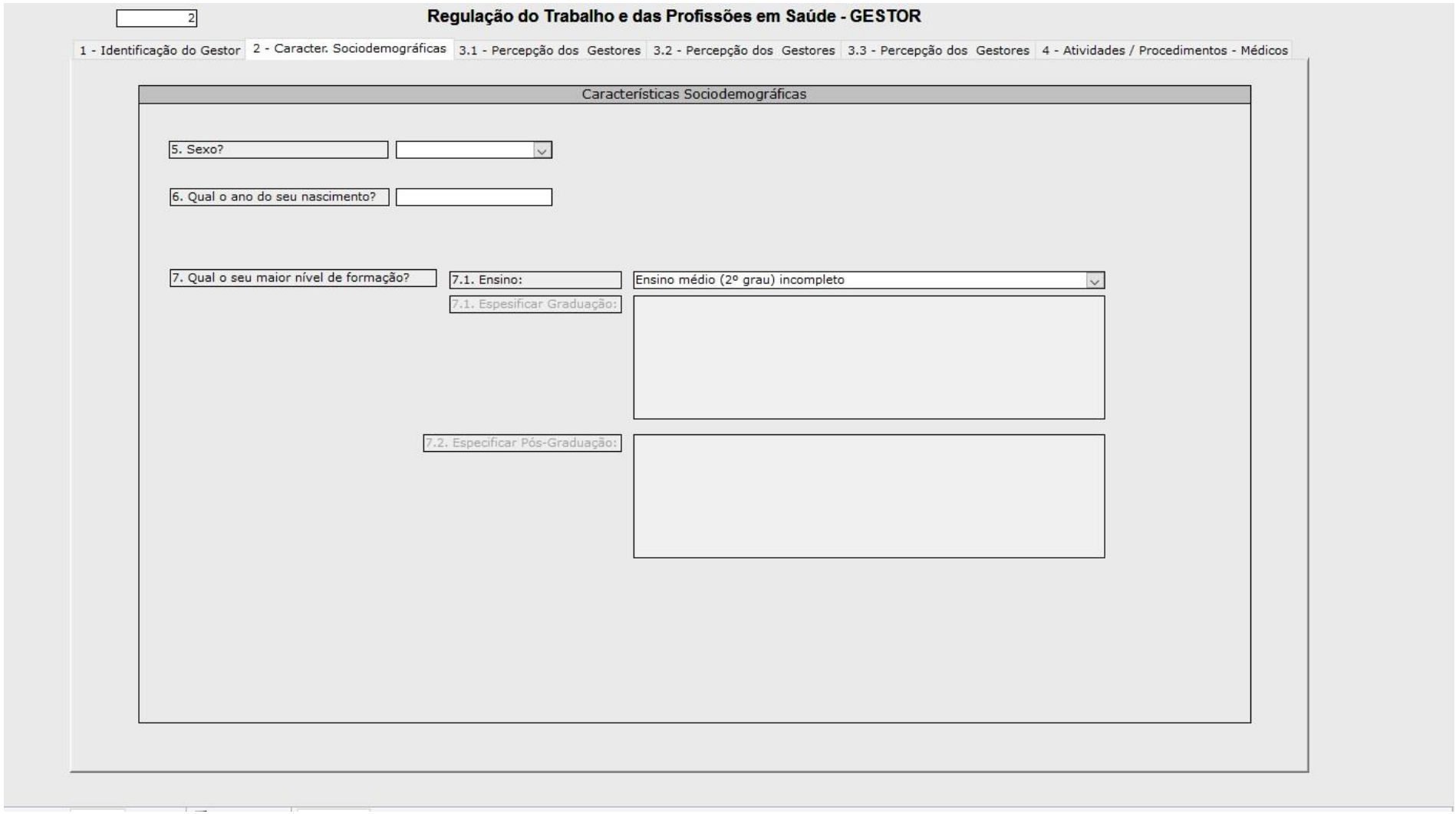
Tabela 27 – Por que estes casos não são resolvidos na Unidade Básica de Saúde.

	n	%
Falta de profissional qualificado	230	32,9
Falta de estrutura na unidade	195	27,9
Falta de equipamento na unidade	88	12,6
"Cultura" do encaminhamento (profissional e ou paciente preferem o encaminhamento ao especialista)	37	5,3
Limites definidos em protocolo	27	3,9
Indisposição do médico	20	2,9
Os casos já são resolvidos na unidade	12	1,7
A demanda é alta	10	1,4
Outros	2	0,3
Não sabe	39	5,6
Não respondeu	40	5,7
Total	**700**	**100,0**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ETAC Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Apêndice – Máscara da ETAC




2
Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde - GESTOR
1 - Identificação do Gestor
2 - Caracter. Sociodemográficas
3.1 - Percepção dos Gestores
3.2 - Percepção dos Gestores
3.3 - Percepção dos Gestores
4 - Atividades / Procedimentos - Médicos
Características Sociodemográficas
5. Sexo?
6. Qual o ano do seu nascimento?
7. Qual o seu maior nível de formação?
7.1. Ensino:
Ensino médio (2º grau) incompleto
7.1. Espesificar Graduação:
7.2. Especificar Pós-Graduação:

2

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde - GESTOR

1 - Identificação do Gestor | 2 - Caracter. Sociodemográficas | 3.1 - Percepção dos Gestores | 3.2 - Percepção dos Gestores | 3.3 - Percepção dos Gestores | 4 - Atividades / Procedimentos - Médicos

Percepção dos Gestores -1	
8. A seguir eu citarei uma série de afirmativas sobre o escopo de práticas dos profissionais da atenção primária. Eu gostaria que você me informasse em que intensidade você concorda ou discorda de cada afirmativa. Se discorda totalmente, discorda, nem concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente.	
AFIRMATIVAS	
8.1. A ampliação dos escopos clínicos dos profissionais é necessária para aumentar a resolutividade das equipes na atenção primária.	
- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?	
8.2. Para a ampliação dos escopos clínicos dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica.	
- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?	
8.3. Algumas atividades executadas por médicos em centros de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS.	
- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?	
- Se concorda, quais?	
8.4. A expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas.	
- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?	
8.5. Algumas atividades executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados.	
- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?	
- Se concorda, quais?	

2

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde - GESTOR

1 - Identificação do Gestor | 2 - Caracter. Sociodemográficas | 3.1 - Percepção dos Gestores | 3.2 - Percepção dos Gestores | 3.3 - Percepção dos Gestores | 4 - Atividades / Procedimentos - Médicos

Percepção dos Gestores - 2

8. A seguir eu citarei uma série de afirmativas sobre o escopo de práticas dos profissionais da atenção primária. Eu gostaria que você me informasse em que intensidade você concorda ou discorda de cada afirmativa. Se discorda totalmente, discorda, nem concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente.

AFIRMATIVAS

8.6. A expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

8.7. Algumas atividades executadas por dentistas em centros de especialidades odontológicas, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?
- Se concorda, quais?

8.8. Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção primária.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

8.9. O Ministério da saúde deveria definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

8.10. É responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

2

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde - GESTOR

1 - Identificação do Gestor | 2 - Caracter. Sociodemográficas | 3.1 - Percepção dos Gestores | 3.2 - Percepção dos Gestores | 3.3 - Percepção dos Gestores | 4 - Atividades / Procedimentos - Médicos

Percepção dos Gestores - 3

8. A seguir eu citarei uma série de afirmativas sobre o escopo de práticas dos profissionais da atenção primária. Eu gostaria que você me informasse em que intensidade você concorda ou discorda de cada afirmativa. Se discorda totalmente, discorda, nem concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente.

AFIRMATIVAS

8.11. A delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos deve respeitar os limites estabelecidos por lei.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

8.12. Para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício de cada profissão.

- Se discorda ou discorda totalmente, por quê?

Percepção dos Gestores - 4

9. Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde. Ministério da Saúde

2

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde - GESTOR

1 - Identificação do Gestor | 2 - Caracter. Sociodemográficas | 3.1 - Percepção dos Gestores | 3.2 - Percepção dos Gestores | 3.3 - Percepção dos Gestores | 4 - Atividades / Procedimentos - Médicos

Atividades / Procedimentos - Médicos

10. Gostaria que você citasse algumas tarefas da cardiologia que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS:	
11. Gostaria que você citasse algumas tarefas da oftalmoloiga que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS:	
12. Gostaria que você citasse algumas tarefas da ortopedia que poderiam ser realizadas por médicos da atenção primária na UBS:	
13. Na sua opinião, quais casos clínicos frequentemente encaminhados para serviços especializados poderiam ser resolvidos nesta UBS?	
14. Por que estes casos não são resolvidos nesta UBS?	
15. Para a gestão da Unidade Básica de Saúde, qual(is) a(s) vantagem(ns) da expansão das atividades de médicos, dentistas e enfermeiros?	
16. Para a gestão da Unidade Básica de Saúde, qual(is) a(s) desvantagem (ns) da expansão das atividades de médicos, dentistas e enfermeiros?	

Observação do Pesquisador

Observação:	

http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Regulação do Trabalho das Profissões de Saúde

Volume XI

Pesquisa Online com Profissionais de Saúde da Atenção Básica

Março de 2017

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 em Saúde - EPSM

Regulação das Profissões de Saúde – Pesquisa Online com Profissionais de Saúde da Atenção Básica

Relatório Final

Belo Horizonte

Março de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários

Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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

Equipe da pesquisa

Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Sumário

Apresentação 5
1. Metodologia 6
2. Resultados 8
2.1. Caraterização dos entrevistados 9
Perfil sócio demográfico dos respondentes 9
Características de formação 13
Características do trabalho 15
2.2 Escopos de prática dos profissionais de saúde 22
Médicos 23
Enfermeiros 37
Dentistas 50
Fisioterapeutas 61
Farmacêuticos 70
Psicólogos 80
Nutricionista 91
Apêndice A 98
Apêndice B 99
Apêndice C 100
Apêndice D 101
Apêndice E 102

Apresentação

O objetivo deste documento é apresentar os resultados de um *survey online* sobre o Escopo de Prática de Profissionais da Atenção Primária em Saúde, junto a profissionais de saúde. Este estudo compõe a pesquisa "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde", realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, integrantes da Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-americana de Saúde.

Este trabalho se insere na Meta II da pesquisa, que visa "Identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas das diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde". O objetivo específico do *survey online* foi investigar os escopos de prática de profissionais de saúde que atuam na atenção primária em saúde. Foram incluídas no estudo sete profissões: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, psicologia e nutrição.

O relatório está dividido em três partes: metodologia, seguida pela apresentação do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, bem como características de formação e de trabalho e finalmente serão apresentadas as questões relativas ao escopo de prática das sete profissões de saúde incluídas neste estudo.

1. Metodologia

Este estudo consiste em um *survey online* conduzido junto a profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS), cujo objetivo é investigar o escopo de prática destes profissionais. A escolha do público alvo para aplicação dos questionários foi feita com base em dois critérios: (i) profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas) que trabalhem atualmente em alguma Unidade Básica de Saúde (UBS); e (ii) existência de cadastro confiável e disponível dos profissionais, com endereço eletrônico, uma vez que o método de aplicação do questionário é via *e-mail.*

Pelas razões estabelecidas acima, optou-se por utilizar como público-alvo os profissionais cadastrados da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), de acordo com o Termo de Uso do Portal UNASUS. O cadastro utilizado foi de outubro de 2015. A Tabela 1 informa o número de questionários enviados por profissão.

Tabela 1: Número de questionários enviados e data do envio, por profissão de saúde.

Profissionais*	Data de envio	Nº de questionários enviados
Médicos	14/01/2016	17.536
Enfermeiros	14/01/2016	19.746
Dentistas	18/01/2016	1.960
Farmacêuticos	18/01/2016	1.043
Fisioterapeutas	18/01/2016	1.980
Psicólogos	18/01/2016	1.217
Nutricionista	22/02/2016	542

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Foram construídos sete questionários para serem autoaplicados por meio eletrônico (via internet). O uso desse tipo de questionário tem sido cada vez mais frequente, inclusive em estudos de investigação de escopo de prática. Num país de grande extensão territorial como o Brasil, o *survey online* justifica-se pelo custo-benefício, possibilitando alcançar a um custo menor e em menor tempo, um número maior de participantes. Para a operacionalização do instrumento, foi utilizado o *software* online *Survey Monkey*[1].

[1] www.surveymonkey.com

De maneira geral, os questionários dos profissionais de saúde avaliaram as seguintes dimensões e temas: Características do trabalho; Grupos de pacientes atendidos, Procedimentos e atividades realizados nas unidades básicas de saúde, sua principal forma de aprendizado e nível de confiança em realizá-los; Motivo da não realização, na UBS, dos procedimentos que o profissional sabe fazer; Se o profissional costuma realizar atividades que são de responsabilidade de outro membro da equipe; Quais atividades executadas por médicos especializados [no caso dos enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêutico e psicólogos ‘por médicos da APS e para os dentistas ‘por dentistas especializados'] que poderiam ser realizadas por médicos [enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos] da APS; Avaliação do acesso/encaminhamento a serviços especializados; Se o profissional se sente sobrecarregado, na UBS; Com quais tarefas clínicas o profissional gostaria de gastar menos tempo; Se o profissional estaria disposto a realizar determinados procedimentos, que são realizados em outros países, na APS; Quais os recursos de apoio que o profissional utiliza na sua rotina, na UBS; e Características sociodemográficas dos profissionais. Nos questionários de enfermeiros, dentistas e farmacêuticos foi perguntado ainda quais tarefas o profissional estaria disposto a delegar para seus técnicos, e o nível de supervisão necessário para tal. No de fisioterapeuta, avaliou-se também quais atendimentos este profissional poderia conduzir sem avaliação prévia de um clínico geral e/ou de um ortopedista.

2. Resultados

Neste tópico serão apresentados os resultados obtidos no *survey online*. Visto que a maioria das questões não possuía obrigatoriedade de resposta, cada tabela possui um total de respondentes diferente para cada profissão. Desta mesma forma, algumas das questões permitiam que o profissional assinalasse mais de uma opção de resposta. A sessão de resultados está dividida em duas partes: a primeira expõe os resultados descritivos do perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde e características do trabalho, e a segunda contempla questões específicas sobre o escopo de atividades dos profissionais de saúde. O tratamento, limpeza e consistência dos bancos de dados e a análise estatística dos resultados foram realizados em SPSS 22.0.

Na primeira parte, todas as questões são apresentadas em conjunto para as sete profissões, com algumas exceções, embora as amostras sejam independentes por profissão. Os dados sociodemográficos foram descritos segundo a distribuição de frequência. As variáveis referentes à idade, à data de conclusão da graduação e ao tempo de atuação na APS e na UBS foram dicotomizadas segundo a mediana.

A Tabela 2 descreve a distribuição do número de respondentes que acessaram o questionário *online* e consentiram em participar da pesquisa. Foram considerados elegíveis a darem continuidade à pesquisa aqueles profissionais que declararam estarem atuando na APS, na ocasião da pesquisa.

Tabela 2 - Número de respondentes que consentiram em participar da pesquisa e que foram considerados elegíveis para análise (UBS)

Profissionais de saúde	Consentiram em participar da pesquisa	Considerados elegíveis para análise*	
	N	N	%
Médicos	4.218	2.283	54,1
Enfermeiros	6.714	2.707	40,3
Dentistas	716	392	54,7
Fisioterapeutas	804	260	32,3
Farmacêuticos	381	90	23,6
Psicólogos	616	187	30,4
Nutricionista	176	70	39,8

* Profissionais que indicaram atuar em algum estabelecimento de APS e que responderam completamente ou parcialmente a questão sobre o escopo de prática.
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

2.1. Caraterização dos entrevistados

Perfil sócio demográfico dos respondentes

Em relação ao sexo dos entrevistados (tabela 3), prevaleceu entre todos os profissionais, o sexo feminino. A menor diferença foi encontrada entre os médicos, sendo 53,3% mulheres e 46,7% homens, e a maior entre os nutricionistas, com 96,7% de respondentes do sexo feminino. A idade média dos participantes variou de 34 anos entre nutricionistas a 49 anos entre os psicólogos (tabela 4).

Tabela 3 - Sexo dos respondentes.

	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (n)
Médicos	53,3	46,7	1.897
Enfermeiros	87,1	12,9	2.374
Dentistas	73,3	26,7	359
Fisioterapeutas	69,9	30,1	206
Farmacêuticos	67,1	32,9	79
Psicólogos	83,2	16,8	167
Nutricionista	96,7	3,3	61

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 4 – Idade dos respondentes.

	Média	Mediana	Total
Médicos	43	43	1.886
Enfermeiros	37	35	2.383
Dentistas	39	37	356
Fisioterapeutas	35	33	203
Farmacêuticos	36	34	79
Psicólogos	49	34	168
Nutricionista	34	31	61

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Diferentemente dos outros profissionais entrevistados, os médicos apresentaram nacionalidade distinta da brasileira, já que ao utilizar o banco de dados dos profissionais cadastrados da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), este incluiu aqueles profissionais participantes do Programa Mais Médicos. Assim, a maioria dos respondentes foi de médicos cubanos, o equivalente a 49,8%, seguido por 44,5% de brasileiros e 5,7% de médicos de outras nacionalidades (tabela 5).

Entre esses médicos brasileiros, 645 responderam sobre a região geográfica do seu município de nascimento. Destes, 53% era natural da região Sudeste, enquanto 3,9%, da região Norte. As regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste do país foram representadas por 22,3%, 13,5% e 7,3% dos médicos, respectivamente. Observou-se que para as demais profissões a maior parte dos participantes também era natural do Sudeste, seguido do Nordeste e Sul. (tabela 6).

Tabela 5 - Nacionalidade dos médicos respondentes

	N	%
Cubana	941	49,8
Brasileira	840	44,5
Outra	107	5,7
Total	*1.888*	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 6 – Região geográfica do município de nascimento dos respondentes

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Médicos	3,9	22,3	53,0	13,5	7,3	645*
Enfermeiros	2,4	29,5	44,0	17,5	6,6	2.109
Dentistas	0,9	29,3	43,3	22,1	4,4	321
Fisioterapeutas	2,8	27,8	44,4	17,8	7,2	180
Farmacêuticos	4,3	22,9	57,1	12,9	2,9	70
Psicólogos	2,2	23,6	43,3	25,3	5,6	178
Nutricionista	1,8	33,9	41,1	17,9	5,4	56

*Apenas médicos de nacionalidade Brasileira
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A maioria dos participantes das sete profissões é natural de municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. No entanto, entre os enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, observou-se também uma proporção significativa de indivíduos naturais de munícipios com mais de 20 até 100 mil habitantes (tabela 7).

Em relação à distância do município de nascimento dos respondentes à sede da região de saúde, a maioria dos participantes é natural ou da própria sede ou de municípios muito próximos (até 15 minutos). A maior variação desta proporção foi para os médicos, 74% para aqueles profissionais naturais de munícipios distantes em até 15 minutos e 1,7% para os mais distantes, com mais de 120 minutos até a sede. (tabela 8).

Tabela 7 – Porte populacional do município de nascimento dos respondentes

	Até 10 mil habitantes (%)	Mais de 10 até 20 mil habitantes (%)	Mais de 20 até 50 mil habitantes (%)	Mais de 50 até 100 mil habitantes (%)	Mais de 100 até 500 mil habitantes (%)	Mais de 500 mil habitantes (%)	Total (n)
Médicos	4,1	5,4	10,5	11,5	22,8	45,7	645*
Enfermeiros	6,0	10,0	18,5	14,6	22,4	28,5	2.109
Dentistas	2,5	7,8	12,8	11,2	23,7	42,1	321
Fisioterapeutas	5,6	8,3	15,0	12,8	23,9	34,4	180
Farmacêuticos	2,9	5,7	10,0	12,9	30,0	38,6	70
Psicólogos	6,2	12,9	18,5	25,3	7,9	29,2	178
Nutricionista	3,6	14,3	12,5	19,6	17,9	32,1	56

*Apenas médicos de nacionalidade Brasileira
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 8 – Distância em minutos do município de nascimento dos respondentes até a sede da região de saúde

	Até 15 minutos (%)	De 16 a 30 minutos (%)	De 31 a 45 minutos (%)	De 46 a 60 minutos (%)	De 61 a 120 minutos (%)	Mais de minutos 120 (%)	Total (n)
Médicos	74,0	4,0	6,4	5,3	8,7	1,7	645*
Enfermeiros	60,9	5,2	9,9	8,0	12,8	3,2	2.109
Dentistas	72,2	2,8	7,8	6,3	9,7	1,3	320
Fisioterapeutas	66,9	7,3	6,7	3,4	14,0	1,7	178
Farmacêuticos	71,4	4,3	10,0	5,7	7,1	1,4	70
Psicólogos	57,9	5,2	13,9	12,1	10,4	3,5	173
Nutricionista	67,9	8,9	5,4	3,6	12,5	1,8	56

*Apenas médicos de nacionalidade Brasileira
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Ao considerar o município de residência dos respondentes (tabela 9), as proporções mantêm semelhança aos resultados pertinentes aos municípios de nascimento. A maior parte dos médicos, considerando aqueles também de outras nacionalidades, reside nas regiões Nordeste e Sudeste, com 35,2% e 34,3% dos entrevistados, respectivamente. Este padrão é também observado para as demais profissões (tabela 9).

Quanto ao porte populacional desses municípios de residência, aqueles municípios com mais de 100 mil habitantes abrigam mais de 50% dos participantes do *survey*, com exceção dos fisioterapeutas (48%) e psicólogos (29,9%). Entre esta última categoria profissional, 53,2% residem em municípios com mais de 20 mil até 100 mil habitantes (tabela 10).

Tabela 9 – Região geográfica do município residência dos respondentes

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Médicos	8,0	35,2	34,3	16,2	6,4	1.633
Enfermeiros	5,7	29,6	40,7	16,5	7,5	2.057
Dentistas	3,1	31,3	36,2	25,5	4,0	326
Fisioterapeutas	4,3	28,8	38,6	19,0	9,2	184
Farmacêuticos	6,7	20,0	54,7	14,7	4,0	75
Psicólogos	2,4	24,0	44,3	21,6	7,8	167
Nutricionista	3,6	35,7	35,7	21,4	3,6	56,0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 10 – Porte populacional do município de residência dos respondentes

	Até 10 mil habitantes (%)	Mais de 10 até 20 mil habitantes (%)	Mais de 20 até 50 mil habitantes (%)	Mais de 50 até 100 mil habitantes (%)	Mais de 100 até 500 mil habitantes (%)	Mais de 500 mil habitantes (%)	Total (n)
Médicos	8,0	11,0	18,1	10,5	24,7	27,6	1.633
Enfermeiros	7,8	11,9	15,8	10,3	23,0	31,2	2.056
Dentistas	6,7	7,4	12,9	11,3	25,5	36,2	326
Fisioterapeutas	12,0	8,7	14,7	12,0	21,2	31,5	184
Farmacêuticos	10,7	10,7	4,0	30,7	37,3	10,7	75
Psicólogos	8,4	8,4	28,1	25,1	3,6	26,3	167
Nutricionista	5,4	14,3	12,5	12,5	25,0	30,4	56

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Por fim, a maior parte dos profissionais reside nas sedes das regiões de saúde, ou em municípios com até 15 minutos de distância. Essa relação variou entre 62,5% para os nutricionistas e 52,3% para os médicos. (tabela 11).

Tabela 11 – Distância em minutos do município de residência dos respondentes até a sede da região de saúde

	Até 15 minutos (%)	De 16 a 30 minutos (%)	De 31 a 45 minutos (%)	De 46 a 60 minutos (%)	De 61 a 120 minutos (%)	Mais de 120 minutos (%)	Total (n)
Médicos	52,3	8,3	11,2	7,5	15,5	5,1	1.622
Enfermeiros	55,8	6,7	11,1	7,7	14,4	4,4	2.056
Dentistas	60,0	6,3	10,3	8,1	12,5	2,8	320
Fisioterapeutas	60,5	5,6	8,5	6,2	13,6	5,6	177
Farmacêuticos	56,8	4,1	14,9	6,8	12,2	5,4	74
Psicólogos	53,4	11,2	11,8	6,2	11,8	5,6	161
Nutricionista	62,5	3,6	10,7	8,9	12,5	1,8	56,0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Características de formação

Considerando a região geográfica de formação dos profissionais entrevistados, 56,4% dos farmacêuticos são graduados em municípios pertencentes à região Sudeste do país. Dentre os médicos formados no Brasil, 50% advém de instituições de ensino superior localizadas nessa mesma região, e 23%, da região Nordeste. O Sudeste e o Nordeste são responsáveis ainda pela formação da maioria dos demais profissionais também entrevistados (tabela 12).

Tabela 12 – Região geográfica do município de formação dos respondentes

	Norte (%)	Nordeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Total (n)
Médicos	8,4	23	50	14,8	3,7	730*
Enfermeiros	4,7	30,0	41,7	17,0	6,6	2.352
Dentistas	2,5	31,5	38,9	23,4	3,7	355
Fisioterapeutas	4,0	30,3	40,8	18,4	6,5	201
Farmacêuticos	6,4	20,5	56,4	14,1	2,6	78
Psicólogos	1,8	24,1	45,2	22,9	6,0	166
Nutricionista	3,4	35,6	33,9	20,3	6,8	59

*Apenas médicos formados no Brasil
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A maior parte, equivalente a 57% dos médicos entrevistados, formados no Brasil, obteve sua graduação em municípios com mais de 500 mil habitantes. Ao considerar também aquelas cidades com mais de 100 mil habitantes, essa proporção passa para mais de 90% do total de médicos formados. Este padrão se repete para grande parte dos indivíduos das demais profissões, respectivamente 82,1% dos enfermeiros, 89% dos dentistas, 81,6% dos fisioterapeutas, 88,5% dos farmacêuticos, 53% dos psicólogos e 72,9% dos nutricionistas. Entre os psicólogos destaca-se, diferente das demais profissões, uma alta porcentagem de graduados em municípios com 20 até 50 mil habitantes (39,2%) (tabela 13). Mais de 80% dos entrevistados das sete profissões de saúde graduaram nas sedes ou próximo às sedes das regiões de saúde (tabela 14).

Tabela 13 – Porte populacional do município de formação dos respondentes

	Até 10 mil habitantes (%)	Mais de 10 até 20 mil habitantes (%)	Mais de 20 até 50 mil habitantes (%)	Mais de 50 até 100 mil habitantes (%)	Mais de 100 até 500 mil habitantes (%)	Mais de 500 mil habitantes (%)	Total (n)
Médicos	-	-	2,6	7,0	33,4	57,0	730*
Enfermeiros	0,3	1,0	4,5	12,1	37,6	44,5	2.351
Dentistas	-	-	2,3	8,7	37,2	51,8	355
Fisioterapeutas	0,5	-	6,0	11,9	31,8	49,8	201
Farmacêuticos	-	-	3,8	7,7	32,1	56,4	78
Psicólogos	0,6	1,2	39,2	6,0	4,8	48,2	166
Nutricionista	-	-	6,8	20,3	28,8	44,1	59

*Apenas médicos formados no Brasil
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 14 – Distância em minutos do município de formação dos respondentes até a sede da região de saúde

	Até 15 minutos (%)	De 16 a 30 minutos (%)	De 31 a 45 minutos (%)	De 46 a 60 minutos (%)	De 61 a 120 minutos (%)	Mais de 120 minutos (%)	Total (n)
Médicos	87,5	2,5	4,2	2,6	3,2	-	730*
Enfermeiros	87,5	4,7	3,2	1,4	3,1	0,2	2351
Dentistas	91,5	2,0	5,1	1,1	0,3	-	354
Fisioterapeutas	91,4	1,5	2,5	4,0	0,5	-	198
Farmacêuticos	93,4	2,6	1,3	2,6	-	-	76
Psicólogos	83,1	6,0	6,0	2,4	1,8	0,6	166
Nutricionista	94,8	3,4	1,7	-	-	-	58

*Apenas médicos formados no Brasil.
Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

O tempo médio de formado dos profissionais entrevistados variou entre 8,9 anos para nutricionistas e 16,8 anos para médicos (tabela 15). No que diz respeito à titulação, a maioria dos respondentes afirmou possuir título de especialista, variando de 72,5% dos psicólogos a 84,6% dos fisioterapeutas (tabela 16).

Tabela 15 – Tempo médio de formado (em anos) dos respondentes

	Média	Mediana	Total
Médicos	16,8	17,0	1.870
Enfermeiros	10,6	8,0	2.357
Dentistas	15,1	12,5	354
Fisioterapeutas	10,2	8,5	200
Farmacêuticos	11,2	8,0	78
Psicólogos	11,8	9,5	166
Nutricionista	8,9	7,0	59

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 16 - Possui título de especialista

	Sim (%)	Não (%)	Total (n)
Médicos	75,5	24,5	1.924
Enfermeiros	84,3	15,7	2.408
Dentistas	83,8	16,2	358
Fisioterapeutas	84,6	15,4	208
Farmacêuticos	81,0	19,0	79
Psicólogos	72,5	27,5	167
Nutricionista	78,7	21,3	61

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Características do trabalho

Os fisioterapeutas entrevistados apresentaram a maior média de tempo de experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) (13,1) seguidos por médicos, dentistas e enfermeiros, com respectivamente 10,8, 9,6 e 9,4 anos em média de experiência na APS, enquanto os nutricionistas, 4,5 anos (tabela 17). Ao considerar o tempo médio de atuação na unidade de saúde em que trabalhavam à ocasião da pesquisa, essa média variou de 2,9 anos para os médicos, a 4,8 para os dentistas e farmacêuticos (tabela 18).

Tabela 17 – Tempo médio de experiência na Atenção Primária em Saúde (em anos)

	Média	Mediana	Total
Médicos	10,8	8,0	2.266
Enfermeiros	9,4	6,0	2.690
Dentistas	9,6	8,0	392
Fisioterapeutas	13,1	4,5	260
Farmacêuticos	7,2	5,5	90
Psicólogos	5,3	4,0	187
Nutricionista	4,5	3,9	70

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

Tabela 18 – Tempo médio de atuação na unidade de saúde pesquisada (em anos)

	Média	Mediana	Total
Médicos	2,9	2,0	2.253
Enfermeiros	4,4	3,0	2.655
Dentistas	4,8	3,0	392
Fisioterapeutas	3,8	3,0	260
Farmacêuticos	4,8	4,0	90
Psicólogos	3,8	2,8	187
Nutricionista	3,6	3,0	68

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A carga horária média de trabalho na unidade de saúde em que os profissionais encontravam-se à ocasião da pesquisa variou entre 36,9 horas para enfermeiros, 34,7 horas para médicos, 34,2 horas para dentistas e 31,9 horas para nutricionistas. A mediana da carga horária trabalhada para todas essas profissões foi de 40 horas. Fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos apresentaram mediana de carga horária variando entre 20, 35 e 30 horas, respectivamente. Este fato é provavelmente explicado devido esses profissionais apresentarem diferentes arranjos em relação à carga horária de trabalho nas unidades de saúde, o que justifica médias também menores, equivalentes a 24,6 horas de trabalho para fisioterapeutas, 32,5, para farmacêuticos e 29,3 horas, para psicólogos (tabela 19).

Tabela 19 – Carga horaria de trabalho na unidade de saúde pesquisada

	Média	Mediana	Total
Médicos	34,7	40,0	2.227
Enfermeiros	36,9	40,0	2.655
Dentistas	34,2	40,0	390
Fisioterapeutas	24,6	20,0	253
Farmacêuticos	32,5	35,0	90
Psicólogos	29,3	30,0	187
Nutricionista	31,9	40,0	67

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Quanto ao vínculo de trabalho, a maioria dos médicos respondentes (70,7%), é bolsista, o que reflete o perfil do banco de dados dos profissionais cadastrados da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), composto por profissionais participantes do Programa Mais Médicos, enquanto as outras profissões têm, em sua maioria, indivíduos com vínculo

estatutário, variando desde 47,9% nos fisioterapeutas a 65,6% nos farmacêuticos (Tabela 20).

Tabela 20 - Tipo de vínculo de trabalho dos respondentes na unidade

	Estatutário (%)	Cargo comissionado (%)	Contrato temporário (%)	Celetista (%)	Bolsista (%)	Autônomo, PF (%)	Autônomo, PJ (%)	Outro (%)	Total (n)
Médicos	13,0	0,4	6,5	6,0	70,7	1,3	0,8	1,3	2.266
Enfermeiros	55,3	3,7	22,2	12,5	0,8	0,8	0,3	4,3	2.688
Dentistas	59,0	2	16,9	15,1	1,8	2,8	0,8	1,5	390
Fisioterapeutas	47,9	2,7	25,3	14,0	1,9	5,0	1,2	1,9	257
Farmacêuticos	65,6	2,2	13,3	14,4	1,1	1,1	0,0	2,2	90
Psicólogos	49,2	2,1	31,0	10,2	3,2	2,1	1,1	1,1	187
Nutricionista	49,2	3,0	32,8	13,4	1,5	-	-	-	67

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A tabela 21 evidencia que os profissionais mais atuantes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são os psicólogos e nutricionistas, com uma média de 59%, enquanto a maioria dos fisioterapeutas (61,4%) e farmacêuticos (73,9%) não são profissionais do NASF (Tabela 21).

Tabela 21 – É profissional (fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, nutricionista) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

	Sim (%)	Não (%)	Total (n)
Fisioterapeutas	38,6	61,4	259
Farmacêuticos	26,1	73,9	89
Psicólogos	54,1	45,9	185
Nutricionista	63,8	36,2	99

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A tabela 22 exibe dados relativos aos médicos e às suas participações no PROVAB ou no Mais Médicos. A maioria dos médicos (72,9%) participa ou já participou do Programa Mais Médicos, enquanto apenas 21,8% não participou de nenhum desses programas. (Tabela 22)

Tabela 22 - Número de médicos que participam ou já participaram do PROVAB ou do Mais Médicos?

	N	%
Sim, Mais Médicos	1.313	67,8
Sim, PROVAB	103	5,3
Sim, ambos	98	5,1
Não	423	21,8
Total	*1.937*	*100*

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A tabela 23 condiz com os dados relativos ao município de residência dos profissionais participantes da pesquisa (tabela 9), revelando que a maior parte das unidades pesquisadas estava localizada na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, com uma média de 41,4% e 28,8% respectivamente (tabela 23).

Tabela 23 – Região geográfica da unidade pesquisada

	Norte (%)	Nordeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Total (n)
Médicos	9,1	36,0	32,9	15,8	6,1	2.281
Enfermeiros	6,0	30,2	39,7	16,6	7,6	2.699
Dentistas	3,6	30,9	36,8	23,5	5,1	391
Fisioterapeutas	4,6	28,8	40,4	18,8	7,3	260
Farmacêuticos	6,7	20,0	55,6	13,3	4,4	90
Psicólogos	3,7	21,4	46,0	22,5	6,4	187
Nutricionista	2,9	34,3	38,9	17,1	7,1	70

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Enquanto isso, a tabela 24 mostra uma distribuição mais equilibrada com relação ao porte do município em que os profissionais de saúde atuam, indicando uma concentração um pouco maior em municípios com mais de 500 mil habitantes, em relação às demais faixas habitacionais (tabela 24).

No que diz respeito à distância do município em minutos até a sede da região de saúde, a maior parte, cerca de 40 a 50% dos participantes das sete profissões, atuam em unidades localizadas na própria sede ou com menos de 15 minutos de distância dela (tabela 25).

Tabela 24 – Porte do município da unidade em que os profissionais de saúde atuam

	Até 10 mil habitantes (%)	Mais de 10 até 20 mil habitantes (%)	Mais de 20 até 50 mil habitantes (%)	Mais de 50 até 100 mil habitantes (%)	Mais de 100 até 500 mil habitantes (%)	Mais de 500 mil habitantes (%)	Total (n)
Médicos	10,5	12,4	24,2	20,7	10,8	21,4	2.281
Enfermeiros	12,1	14,9	18,7	9,8	21,9	22,6	2.697
Dentistas	11,8	10,5	16,9	12,5	28,1	20,2	391
Fisioterapeutas	13,8	11,2	18,8	18,1	12,7	25,4	260
Farmacêuticos	12,2	11,1	28,9	13,3	5,6	28,9	90
Psicólogos	14,4	13,9	18,2	8,0	25,1	20,3	187
Nutricionista	15,7	12,9	18,6	15,7	14,3	22,9	70

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 25 – Distância do município em minutos até a sede da região de saúde

	Até 15 (%)	De 16 a 30 (%)	De 31 a 45 (%)	De 46 a 60 (%)	De 61 a 120 (%)	Mais de 120 (%)	Total (n)
Médicos	44,7	9,3	15,1	8,4	16,6	5,9	2.264
Enfermeiros	44,5	9,1	14,0	10,1	17,1	5,3	2.697
Dentistas	45,8	9,7	13,3	11,8	15,3	4,1	391
Fisioterapeutas	43,8	9,2	14,6	10,8	15,0	6,5	260
Farmacêuticos	47,8	5,6	14,4	10,0	15,6	6,7	90
Psicólogos	42,2	12,8	16,0	9,1	14,4	5,3	187
Nutricionista	47,1	10,0	14,3	5,7	18,6	4,3	70

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Apenas fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas têm sua maioria trabalhando em outro local além da unidade de saúde pesquisada, com 62,3%, 59,4% e 67,7% respectivamente (tabela 26). A profissão que possui menos profissionais com outros vínculos, trabalhando em outro local, é a de médicos, com apenas 28,7%. Isto reflete o fato da maioria dos médicos entrevistados serem bolsistas do Programa Mais Médicos e, consequentemente, possuir apenas um vínculo de trabalho de 40 horas por semana na unidade de saúde em que são designados.

Tabela 26 - Trabalha em outro local, além da unidade indicada

	Sim (%)	Não (%)	Total (n)
Médicos	28,7	71,3	2.277
Enfermeiros	31,7	68,3	2.700
Dentistas	48,7	51	391
Fisioterapeutas	62,3	37,7	260
Farmacêuticos	41,1	58,9	90
Psicólogos	59,4	40,6	187
Nutricionista	67,7	32,3	68

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A tabela 27 expõe grupos de pacientes atendidos pelos profissionais nas unidades pesquisadas. De uma maneira geral, os profissionais das sete profissões atendem uma grande variedade de perfil de indivíduos. Entre os grupos mais atendidos enquadram-se as mulheres, homens idosos, pacientes hipertensos e diabéticos. Já entre os grupos menos atendidos, de uma maneira em geral, incluem os quilombolas, ribeirinhos, indígenas, pessoas privadas de liberdade, populações sazonais, imigrantes, desabrigados e pacientes com doenças endêmicas. Isso se justifica pelo fato de que nem todos os municípios/regiões possuem estes perfis de pacientes.

Tabela 27 - Grupos de pacientes pelos profissionais nas unidades pesquisadas

	Médicos (=2.283)	Enfermeiros (n= 2.714)	Dentista (n=404)	Fisioterapeutas (n=260)	Farmacêuticos (n=90)	Psicólogos (n=187)	Nutricionista (n=70)
	%	%	%	%	%	%	%
Neonatos (<1 mês)	82,9	80,5	43,1	23,8	43,3	5,3	34,3
Lactentes (1-12 meses)	90,0	87,4	67,3	46,5	55,6	13,9	77,1
Crianças (1 - 11 anos)	93,2	88,5	93,9	69,2	74,4	66,3	91,4
Adolescentes (12 - 19 anos)	95,4	87,3	95,4	67,7	73,3	82,4	91,4
Mulheres	96,5	94,7	95,6	89,2	92,3	87,2	95,7
Gestantes	91,7	92,6	95,4	61,2	80,0	74,9	92,9
Homens	95,4	90,4	93,9	86,5	88,9	86,1	90,0
Idosos	95,7	92,8	93,6	95,4	93,3	84,5	95,7
Indígenas	9,5	8,8	13,0	8,8	5,6	5,3	5,7
Imigrantes	22,9	18,4	23,7	11,2	22,2	11,2	8,6
Pessoas que vivem em situação de pobreza	76,7	68,7	74,2	51,9	64,4	59,9	70,0
Quilombolas	6,3	4,5	8,4	6,5	2,2	5,3	7,1
Ribeirinhos	8,6	6,9	8,4	7,3	6,7	3,2	2,9
Desabrigados/pessoas que vivem nas ruas	26,5	25,9	22,7	7,7	30,0	16,0	5,7
Pessoas privadas de liberdade	11,9	13,6	18,6	6,2	22,2	13,9	4,3
Populações sazonais	16,1	18,9	22,7	6,2	28,9	12,3	5,7
Pacientes diabéticos	95,8	91,9	91,3	85,0	92,2	73,3	100,0
Pacientes hipertensos	96,3	92,1	92,6	85,0	92,2	72,7	100,0
Pacientes cardiopatas	94,8	79,2	87,0	66,2	82,2	53,5	87,1
Pacientes com insuficiência renal crônica	79,0	62,8	62,5	34,2	65,6	23,0	70,0
Pacientes com hipertireoidismo	86,8	61,0	61,2	27,3	61,1	28,9	64,3
Pacientes obesos	95,3	79,9	79,8	64,2	72,2	67,9	98,6
Pacientes com câncer	87,2	70,8	66,8	50,0	57,8	54,5	80,0
Pacientes em cessação de tabagismo	78,4	58,6	66,6	37,7	61,1	61,0	52,9
Pacientes com doenças endêmicas	84,3	76,0	38,3	19,6	54,4	16,6	17,1
Pacientes vivendo com HIV/AIDS	74,1	72,6	70,9	30,8	54,4	52,4	45,7
Pacientes dependentes químicos	76,4	66,1	74,0	28,1	58,9	84,0	35,7
Pacientes portadores de deficiência física	92,5	77,2	82,7	82,7	65,6	59,4	68,6
Pacientes portadores de doença mental	92,5	80,1	78,6	45,8	75,6	84,0	58,6
Pacientes com problemas respiratórios	93,0	78,7	62,0	69,6	77,8	24,1	55,7
Pacientes acamados, com problemas de mobilidade	92,6	82,7	62,3	82,7	62,2	58,3	82,9
Outro	4,4	5,7	3,3	7,2	8,8	4,8	8,6

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

2.2 Escopos de prática dos profissionais de saúde

Este tópico apresenta os resultados relativos às questões que dizem respeito ao escopo de prática dos profissionais de saúde nas unidades em que atuam que inclui: os procedimentos e atividades que os profissionais realizam ou sabem realizar, o grau de confiança e a forma de aprendizagem; o motivo para não realização dos procedimentos e atividades; se o entrevistado realiza atividades de outros profissionais de saúde; quais atividades consideradas especializadas os profissionais estariam dispostos a realizar na APS; e se existe dificuldade para encaminhamento de pacientes para atenção secundária e/ou terciária. Foi perguntado ainda se o profissional encontra-se sobrecarregado em seu local de trabalho e quais os recursos de apoio de ensino e serviço que utiliza. Para os enfermeiros e dentistas foram feitas questões relativas à delegação de tarefas para técnicos de enfermagem e de saúde bucal.

Os dados referentes aos escopos de prática foram descritos segundo a distribuição da frequência e medidas de tendência central. Para comparação de variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann Whitney*, uma vez que o número de procedimentos, atividades e ações realizados não apresentou distribuição normal. As seguintes variáveis foram incluídas no teste: sexo, idade, tempo de formado, se possui titulo de especialista, experiência na APS, experiência na unidade de saúde pesquisada, região geográfica, porte e distância (em relação às sedes das regiões de saúde) da unidade de saúde. Com relação aos médicos foram incluídas ainda a nacionalidade dos participantes e o país de formação. Serão apresentadas apenas as variáveis que revelaram diferenças significativas.

Os resultados desta sessão serão apresentados por profissão. Nas questões abertas, algumas frases foram inseridas para ilustrar as respostas dos respondentes, em que os profissionais foram identificados pela região geográfica de atuação.

Médicos

Foi apresentada uma lista de 49 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem para esse procedimento. A média de atividades realizadas pelos médicos participantes foi de 20,7±9,1, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 35,8±10.9. A tabela 28 apresenta a lista desses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de médicos que indicaram fazê-los nas UBS e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. Entre os listados, destacam-se 17 procedimentos cuja frequência de resposta quanto à realização foi superior a 50%, sendo 12 citados por mais de 90% dos profissionais.

Os procedimentos, atividades e ações de saúde que menos de 50% dos médicos relataram saber fazer foram “acupuntura”, “crioterapia de lesões na pele”, “parto normal de alto risco” e “raspagem para determinação de fungo”. Entre os procedimentos que mais de 90% dos médicos relataram saber fazer, mas menos de 50% faz na UBS, encontram se: “incisão e drenagem de abcesso”, “infiltração de anestésico local”, “injeção intramuscular”, “injeção subcutânea”, “oxigenoterapia”, “punção venosa”, “suturas” e “teste de Papanicolau”.

Tabela 28 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na UBS e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS %	Sabem realizar %	Total N
Acupuntura	6,1	34,4	1.890
Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)	17,2	53,9	2.052
Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele	3	36,6	2.064
Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	13,4	57,6	2.061
Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)	31,2	81,3	2.075
Eletrocardiograma	16,7	78,1	1.900
Imobilização de extremidades feridas	29,6	85,6	2.083
Imobilização de fraturas	25	76,8	2.069
Incisão e drenagem de abcesso	42,9	96,4	2.126
Infiltração de anestésico local	45,7	96,1	2.083
Injeção intramuscular	50,7	97,1	2.126
Injeção subcutânea	48,4	96,7	2.111
Inserção de cateter ureteral	26,6	84,9	1.908
Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica	17,5	81,8	1.922
Oxigenoterapia	45,8	92,3	1.932
Parto normal de alto risco	3,5	42,9	1.898
Parto normal de baixo risco	11,6	88,8	1.913
Pré-natal de alto risco	50,5	81,1	1.968
Pré-natal de baixo risco	91,3	78,3	2.039
Punção venosa	35,4	91	2.082
Queixas de diminuição da acuidade visual	45,2	62,9	1.927
Queixas de olho vermelho	86,1	94,7	1.973
Raspagem para determinação de fungo	5,2	49,8	2.058
Remoção de calo doloso	12,1	55,6	2.045
Remoção de cerume	59,1	93,9	2.098
Remoção de cistos, lipomas e nevos	12,2	63,7	2.051
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	24,4	64,4	2.082
Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades	32,4	84,7	2.075
Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores	26,3	78,2	2.072
Remoção de corpo estranho do ouvido	40,4	86,2	2.097
Remoção de lesões na pele	26,9	79,6	2.075
Remoção de molusco contagioso	19,2	64	2.053
Remoção de unha encravada	26,8	81,2	2.068
Solicitar exame de sangue oculto nas fezes	94	99,2	2.011
Suturas	42	98,5	2.137
Teste de Papanicolau	45	93,6	1.946
Tratamento de anemia	98,9	99,7	2.018
Tratamento de asma	97,3	99,3	2.014
Tratamento de dermatites	98,4	99,3	2.020
Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica	97,7	99,3	2.020
Tratamento de feridas superficiais	79,7	79,7	2.157
Tratamento de hematoma subungueal	25,9	72,3	2.057
Tratamento de infecção urinária recorrente	97,9	99,5	2.024
Tratamento de lombalgias (dor lombar)	98,2	99,4	2.011
Tratamento de micoses superficiais	98,9	99,7	2.027
Tratamento de otite recorrente	91,9	96,1	2.007
Tratamento de rinopatias alérgicas	95,5	97,7	2.019
Tratamento de sinusite recorrente	95,5	98,1	2.012
Triagem de acuidade visual	44,6	76,5	1.916

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

As tabelas 29 e 30 apresentam o nível de confiança (baixo, médio e alto) e a principal forma de aprendizagem (sozinho, com outro profissional, curso de capacitação/aperfeiçoamento, especialização, mestrado/doutorado e residência) em relação aos procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos realizam na unidade de saúde ou sabem realizar.

De uma maneira em geral, os participantes declararam possuir um nível de confiança médio e alto para a maioria dos procedimentos listados. Destaca-se que mais de 80% dos respondentes declararam ter nível de confiança alta para a aplicação de “Injeção intramuscular”, “Injeção subcutânea”, realização de “Pré-natal de baixo risco”, “Solicitar exame de sangue oculto nas fezes”, “Suturas”, “Tratamento de infecção urinária recorrente” (Tabela 29).

Observa-se, no entanto, que os procedimentos “Injeção intramuscular”, “Injeção subcutânea” e “Sutura” são realizados por menos de 50% dos respondentes, como destacado acima (Tabela 28). Já em relação à principal forma de aprendizagem, para a maioria dos procedimentos listados os participantes responderam “Graduação”. Já quase um terço dos participantes informou que “Acupuntura”, “Parto normal de alto risco” e “Pré-natal de alto risco” foram aprendidos por meio de curso de especialização (tabela 30).

Tabela 29 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Acupuntura	13	48,1	38,9	424
Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)	8,5	45,8	45,8	520
Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele	12,4	46,3	41,3	283
Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	8,5	37,2	54,3	532
Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)	6,3	34,7	58,9	852
Eletrocardiograma	8,4	44,7	46,9	971
Imobilização de extremidades feridas	5,5	45,4	49,1	876
Imobilização de fraturas	11	45,6	43,4	807
Incisão e drenagem de abcesso	1,9	21,9	76,2	1.105
Infiltração de anestésico local	2,5	22	75,5	1.101
Injeção intramuscular	2,8	12,2	85	1.170
Injeção subcutânea	2,7	15	82,2	1.131
Inserção de cateter ureteral	9,1	34,1	56,9	1.057
Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica	10,3	39,6	50,1	1.022
Oxigenoterapia	3,7	24,8	71,5	1.216
Parto normal de alto risco	18,7	54,1	27,2	536
Parto normal de baixo risco	12	41,1	47	1.052
Pré-natal de alto risco	7	39,7	53,4	1.223
Pré-natal de baixo risco	0,9	11	88,1	1.681
Punção venosa	8,9	31,4	59,8	982
Queixas de diminuição da acuidade visual	6,5	40,6	52,9	1.528
Queixas de olho vermelho	13,1	48,7	38,2	948
Raspagem para determinação de fungo	10,8	49,3	39,9	351
Remoção de calo doloso	8,9	46,2	44,9	459
Remoção de cerume	1,9	19,8	78,3	1.263
Remoção de cistos, lipomas e nevos	10,9	44,6	44,5	560
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	11,8	47,6	40,6	721
Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades	6,7	45,7	47,6	904
Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores	11,3	48,3	40,4	816
Remoção de corpo estranho do ouvido	7,9	40,8	51,2	1.007
Remoção de lesões na pele	4,2	41,6	54,2	788
Remoção de molusco contagioso	7,9	39,2	52,9	618
Remoção de unha encravada	5,1	34,3	60,6	820
Solicitar exame de sangue oculto nas fezes	0,9	9,5	89,6	1.638
Suturas	1,3	14,9	83,8	1.124
Teste de Papanicolau	4,7	24	71,4	1.264
Tratamento de anemia	1,1	24,5	74,5	1.684
Tratamento de asma	1,9	24,9	73,2	1.657
Tratamento de dermatites	4,2	35,8	59,9	1.671
Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica	1	21,5	77,5	1.664
Tratamento de feridas superficiais	1,3	21,4	77,3	1.500
Tratamento de hematoma subungueal	5,9	39,9	54,2	734
Tratamento de infecção urinária recorrente	0,4	17,5	82,1	1.672
Tratamento de lombalgias (dor lombar)	1,1	21,8	77,1	1.668
Tratamento de micoses superficiais	1,7	21,3	77	1.685
Tratamento de otite recorrente	3,7	31,6	64,7	1.578
Tratamento de rinopatias alérgicas	1	25,1	73,8	1.635
Tratamento de sinusite recorrente	2,3	28,9	68,8	1.636
Triagem de acuidade visual	11,3	44,7	44	1.060

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

Tabela 30 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação/ Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/ Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	N
Acupuntura	1,4	1,7	17,9	34,7	29	11,3	4	424
Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)	2,1	15,2	48,1	6,6	13,7	13,3	1,1	534
Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele	1,9	12,9	36,9	14,6	18,4	12,6	2,6	309
Crioterapia/terapia química p/ a verruga genital	4,1	16,8	33,2	11,2	15,8	17,4	1,6	564
Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)	7,2	13,9	46,7	7,5	11,9	12,2	0,7	859
Eletrocardiograma	2	8,2	43,9	19	13,9	11,6	1,4	958
Imobilização de extremidades feridas	2,9	13,7	48,5	11,2	11,5	11	1,2	885
Imobilização de fraturas	1,6	14,1	52,4	9,9	10,2	10,6	1,2	822
Incisão e drenagem de abcesso	3,6	11	51,6	5,5	12,7	14,5	1	1.108
Infiltração de anestésico local	2,6	9,4	57,7	5,4	10,9	13	1	1.100
Injeção intramuscular	5,3	10,1	60,5	4,5	9,5	9,3	0,9	1.156
Injeção subcutânea	5,2	10,2	60,2	4,6	9,7	9,2	1	1.112
Inserção de cateter ureteral	1,7	10,6	54,9	4,5	14,9	12,9	0,5	1.047
Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica	1,6	9,7	52,5	6,3	15,8	13,2	0,9	1.006
Oxigenoterapia	3,5	5,7	53,5	7,6	16	12,7	1,1	1.200
Parto normal de alto risco	1,5	9,3	38,8	7,5	26,1	14,6	2,2	536
Parto normal de baixo risco	1,1	5,8	56,2	5,1	18,4	12,6	0,8	1.055
Pré-natal de alto risco	3	4,8	38,2	8,6	29,2	14,7	1,4	1.194
Pré-natal de baixo risco	2,4	3,4	46,5	9,7	24,6	12,2	1,1	1.633
Punção venosa	3,3	11,1	59,8	5,1	10,4	9,2	1,1	980
Queixas de diminuição da acuidade visual	4,7	4,9	54,7	6,3	17,2	11,9	0,3	1.475
Queixas de olho vermelho	2,7	5,4	52,3	7,7	19,5	12	0,4	933
Raspagem para determinação de fungo	5,7	15,1	38,2	8,8	16,6	13,5	2,1	385
Remoção de calo doloso	7,1	16,5	42,5	6	12,9	13,5	1,5	480
Remoção de cerume	6,7	16	50,1	5,3	9,7	11,8	0,4	1.231
Remoção de cistos, lipomas e nevos	1,4	12,8	47,7	8	13,3	15,4	1,4	577
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	6	14,4	46,5	6,4	12,7	12,5	1,4	714
Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades	6,9	13,8	47,4	6,4	11,5	12,9	1,1	901
Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores	6,8	14,3	45,5	8,1	11,8	12,5	1,1	814
Remoção de corpo estranho do ouvido	10,2	13,3	47,8	6	10,6	11,3	0,7	989
Remoção de lesões na pele	3,1	12	47,3	8	15,5	12,9	1,2	809
Remoção de molusco contagioso	6,5	17,9	39,5	7	13,3	14,6	1,3	631
Remoção de unha encravada	4,9	16,2	47,1	6,5	10,9	13,3	1	832
Solicitar exame de sangue oculto nas fezes	4,8	2	59,5	4,7	16,9	11,6	0,4	1.582
Suturas	2,1	7,9	61,1	4,7	11,6	11,7	0,9	1.128
Teste de Papanicolau	1,4	6,9	52,1	9,3	18	11,9	0,5	1.238
Tratamento de anemia	4,2	1,2	55	6,2	20,1	13	0,4	1.620
Tratamento de asma	3,5	1,7	50,1	9,8	20,4	13,9	0,6	1.600
Tratamento de dermatites	4,8	3,2	52,2	7,3	18,9	13,1	0,4	1.611
Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica	4,2	2,3	52,4	7,9	19,7	12,8	0,6	1.607
Tratamento de feridas superficiais	3,6	11	51	9,1	11,7	12,8	0,8	1.450
Tratamento de hematoma subungueal	5,7	15,4	45,2	7	12	13,7	0,9	739
Tratamento de infecção urinária recorrente	5,1	1,9	51,3	6,1	21,4	13,9	0,4	1.620
Tratamento de lombalgias (dor lombar)	4,8	2,9	52,7	7,4	19,2	12,6	0,4	1.613
Tratamento de micoses superficiais	5,2	2,3	54	6,5	18,7	12,7	0,6	1.625
Tratamento de otite recorrente	4,7	3	52,4	5,9	20,4	13,4	0,4	1.520
Tratamento de rinopatias alérgicas	5,5	2,8	51,1	7,1	20,2	12,9	0,4	1.581
Tratamento de sinusite recorrente	5,6	3,1	50,9	6,4	20,2	13,5	0,4	1.579
Triagem de acuidade visual	4,9	6,3	50,8	8,3	17,5	11,9	0,4	1.024

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

O número de procedimentos que os entrevistados declararam realizar foi maior entre aqueles do sexo masculino, de nacionalidade cubana e graduados no exterior, com menor tempo de graduação, e que atuavam nas regiões Norte e Sul do país, em locais mais distantes das sedes regionais de saúde. Participantes que atuavam em municípios com mais de 20 mil habitantes demonstraram realizar menos procedimentos do que aqueles que atuam em municípios com até 10 mil habitantes. Não se observou diferenças significativas quanto à idade, título de especialista, tempo de atuação na APS e na unidade de saúde à ocasião da entrevista, e carga horária (tabela 31).

Observou-se que médicos do sexo masculino, com idade superior a 43 anos, estrangeiros (cubanos e outras nacionalidades) e formados no exterior, com título de especialista e maior tempo de experiência na APS declararam saber realizar maior número de procedimentos. Médicos que atuam na região Norte, em munícipios mais distantes das sedes regionais de saúde também apresentaram, em média, proporção maior de procedimentos que sabem realizar. Com relação ao porte populacional, observou-se que aqueles que atuam em municípios de mais de 50 mil habitantes, sabem realizar menos procedimentos do que aqueles que atuam em municípios com até 10 mil habitantes. Não foi observada diferença significativa quanto ao tempo de atuação na unidade de saúde à ocasião da entrevista e carga horária de trabalho (tabela 31).

A 'falta de materiais e a infraestrutura inadequada' foi citada por 87,4% dos participantes como motivo para não realização dos procedimentos que sabem realizar na UBS. Em menor quantidade foram citados: a política da unidade não permite a realização desses procedimentos (38,5%); não consta nos protocolos e guias clínicos do Município (31,8%); não é do âmbito da APS (29,7%); sobrecarga de trabalho (29,4%); é realizado por outro profissional de saúde da UBS (25,2%); não existe demanda (25,0%); medidas restritivas do conselho de fiscalização do exercício profissional (12,4%) e motivos pessoais (6,1%). Alguns profissionais (1,8%) citaram também outros motivos que incluíram: falta de apoio da gestão e vontade governamental, falta de recurso, falta de treinamento/supervisão, problemas jurídicos para realizar os procedimentos. Participantes estrangeiros do Programa Mais Médicos citaram ainda entre os motivos que "não é permitido no contrato de trabalho" (Tabela 32).

Tabela 31. Distribuição dos procedimentos realizados por médicos, na unidade de saúde, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=2283

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	21,4±7,5	20,0	0,000	36,7±9,4	39,0	0,000
Masculino	23,4±8,8	22,0		39,2±8,8	42,0	
Idade §						
≤43 anos	22,5±8,0	22,0	0,038	37,8±8,6	40,0	0,021
>43 anos	22,1±8,4	22,0		38,0±9,7	41,0	
Nacionalidade						
Brasileira	21,6±8,1	21,0	REF	35,6±8,7	37,0	REF
Cubana	22,9±7,8	21,0	0,005	39,8±9,3	43,0	0,000
Outras nacionalidades	23,3±7,8	22,0	0,055	39,4±7,7	41,0	0,000
País de formação						
Brasil	21,3±8,2	20,0	0,000	35,0±8,8	37,0	0,000
Exterior	23,1±8,1	22,0		39,8±8,9	42,0	
Tempo de graduação						
≤17 anos	22,9±8,0	22,0	0,000	38,0±8,2	40,0	0,055
>17 anos	21,8±8,3	20,0		37,8±9,9	41,0	
Título de especialista						
Sim	22,3±8,4	21,0	0,635	38,2±8,4	41,0	0,000
Não	21,9±7,6	21,0		36,3±9,6	38,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤8 anos	20,5±9,2	20,0	0,473	39,7±6,2	40,0	0,000
>8 anos	21,0±9,0	20,0		40,6±6,6	42,0	
Tempo de atuação na Unidade §						
≤2 anos	20,5±8,9	20,0	0,290	36,0±10,6	39,0	0,496
>2 anos	21,1±9,3	20,0		35,6±11,0	39,0	
Carga Horaria na Unidade						
≤40 horas	20,7±7,8	20,0	0,998	35,8±10,8	39,0	0,907
>40 horas	21,8±14,2	17,5		32,4,4±17,5	37,5	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	22,1±10,1	21,0	0,003	38,2±10,5	42,0	0,003
Nordeste	20,2±8,9	19,0	REF	36,4±10,7	40,0	REF
Sudeste	19,7±9,0	19,0	0,299	33,9±11,0	37,0	0,000
Sul	23,3±9,2	23,0	0,000	36,0±10,7	38,0	0,747
Centro-oeste	21,0±9,1	20,0	0,217	35,7±10,9	39,0	0,478
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	24,2±9,2	24,0	REF	38,4±10,3	42,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	22,8±9,6	23,0	0,080	37,5±11,1	41,0	0,456
Mais de 20 até 50 mil hab.	21,9±9,2	21,0	0,001	37,2±10,5	40,5	0,053
Mais de 50 até 100 mil hab.	19,1±8,3	18,0	0,000	35,5±11,0	39,0	0,000
Mais de 100 até 500 mil hab.	19,7±8,7	19,0	0,000	35,0±10,7	38,0	0,000
Mais de 500 mil hab.	18,7±9,4	18,0	0,000	33,0±10,9	35,0	0,000
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	19,3±9,0	19,0	REF	34,3±11,0	37,0	REF
De 16 a 30 minutos	21,0±8,8	20,0	0,012	36,0±11,0	39,0	0,029
De 31 a 45 minutos	20,6±9,0	19,0	0,089	36,0±10,6	39,0	0,003
De 46 a 60 minutos	21,2±8,3	20,5	0,013	36,2±11,2	39,0	0,003
De 61 a 120 minutos	23,0±9,4	22,0	0,000	37,9±10,3	41,0	0,000
Mais de 120 minutos	23,7±9,8	23,0	0,000	38,8±10,6	43,0	0,000

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência
Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 32. Motivos para não realização dos procedimentos que sabem fazer na unidade de saúde (n=1980).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	1.730	87,4
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	495	25,0
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	630	31,8
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	762	38,5
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	246	12,4
Prefiro não realizar por motivos pessoais	121	6,1
Sobrecarga de trabalho	583	29,4
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	589	29,7
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	499	25,2
Outro	35	1,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Quanto à situação de trabalho atual no estabelecimento à ocasião da entrevista, a maioria dos entrevistados (56%) considera que está sobrecarregado, porque a demanda é alta. Já 31,3% consideram que não estão sobrecarregados e 10,7% declararam que poderiam executar mais tarefas clínicas (Tabela 33).

Tabela 33. Situação de trabalho atual dos médicos, na unidade de saúde (n=1924).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	108	5,6
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	210	10,9
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	1.078	56,0
Eu não estou sobrecarregado	603	31,3
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	206	10,7

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A disponibilidade de encaminhamentos para serviços especializados foi avaliada como "ruim" ou "muito ruim" pela maior parte dos médicos, respectivamente 39,0% e 26,7%. Já 21,6% avaliam como 'nem ruim e nem bom' e apenas 12,7% avaliam como 'bom' ou 'muito bom' (Tabela 34).

Tabela 34. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=1.938).

Avaliação	N	%
Muito bom	38	2,0
Bom	208	10,7
Nem ruim nem bom	419	21,6
Ruim	756	39,0
Muito Ruim	517	26,7
Total	1.938	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Com relação aos recursos de apoio utilizados pelos respondentes, 84,6% consultam a protocolos clínicos, livros e artigos, 68,1% participam de atividades educativas, 55,1% solicitam opinião e discutem casos com outros profissionais de saúde e 50,1% com outros médicos, 37,5%, por fim, utilizam o recurso de Telessaúde (tabela 35).

Tabela 35. Recursos utilizados pelos participantes (n=1.923).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros médicos	963	50,1
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	1059	55,1
Telessaúde	721	37,5
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	1627	84,6
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	1310	68,1
Outros recursos	233	12,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Foi solicitado aos respondentes que indicassem quais atividades atualmente executadas por médicos especialistas estariam dispostos a realizar na APS. Um total de 1.608 médicos respondeu a esta questão, sendo que 178 destes (11,1%) declararam que não estariam dispostos a realizar atividades especializadas, com a justificativa, em geral, de falta de tempo para executar mais tarefas, sobrecarga de trabalho e pela falta de infraestrutura e material para realização de atividades mais especializadas. Alguns citaram ainda que a remuneração na APS não incentiva o profissional a realizar outras atividades, que não querem se responsabilizar pelas atividades que são de competência de especialistas:

> Infelizmente, devido o excesso de atendimentos, má gestão da distribuição de cobertura dos PSFs em geral, não há tempo hábil para desenvolver atividades de outros especialistas, mesmo às vezes tendo o conhecimento

> técnico necessário. Portanto, no momento, só é possível desempenhar os atribuições exclusivas da atenção básica. (Médico, Sudeste)
>
> Se nas condições atuais, atividade simples como uma nebulização, um curativo ou mesmo uma sutura são impossíveis de serem realizadas tamanho o caos que enfrentamos diariamente nas unidades. Atividades simples e que já são obrigação da atenção primária não são realizadas rotineiramente por falta de absolutamente tudo. Como alguém pode ter um devaneio de incluir mais atividades? (Médico, Nordeste)
>
> Nenhuma, pois penso que já tenho muitas atribuições na Atenção Primária em Saúde. Além disto, não vejo por que realizá-las em detrimento a permitir ao paciente o direito de estar com o especialista, melhor capacitado para estas atividades que eu (Médico, Sudeste).
>
> Nenhuma!!! A sobrecarga já é absurda e acho que a ideia não é ser "tudologista". Seria irresponsável e teatral. Mas conveniente politicamente... Abomino essa interferência de papeis e atribuições. Desse jeito a qualidade será cada vez pior e a desmotivação cada vez maior. A abrangência já é alta demais. Só não sabe quem não vive nosso dia a dia. (Médico, Sudeste)
>
> Creio que apesar de saber fazer alguns procedimentos ou exames exclusivos dos especialistas, não me atrevo a realizar por receio a erros clínicos e posterior processo judicial (Médico, Sudeste).

Entre as atividades listadas pelos médicos, a realização de ‘Pequenas Cirurgias’ foi a mais citada. Entre elas, os participantes citaram principalmente como exemplos a prática de suturas, incisão e drenagem de abcesso, biópsia, exérese ungueal. Foram citados ainda outros procedimentos clínicos, como remoção de verrugas, remoção de lesões na pele e remoção de moluscos contagiosos, lavagem otológica, infiltrações (anestésicas, intramuscular, endovenosas, subcutâneas), crioterapia e acupuntura, entre outros.

> De existir as condições adequadas e os materiais que se precisam, se pode realizar muitos procedimentos que agora são do pronto socorro, por exemplo drenagem de abcessos, suturas de feridas não complicadas, eletrocardiograma, colocação de DIU, exéreses de lipomas e nevos da pele, retirada de corpos estranhos da pele, olhos, e vias aéreas. (Médico, Sudeste)
>
> Acho que todo médico está preparado para desempenar suas atividades independendo da atenção primária, secundaria ou terciaria, em ocasiões é preciso a avaliação de um especialista para determinada conduta. Eu poderia fazer suturas, drenagens de abscessos, remoção de corpos estranhos, imobilização de fraturas. (Médico, Nordeste)

Muito respondentes enfatizaram a necessidade de realizar atividades de determinadas especialidades médicas, principalmente diante da alta demanda e da fila de espera para determinadas especialidades, à exemplo da Oftalmologia, em que os médicos citaram, por exemplo, a realização de testes de acuidade visual, fundo de olho, remoção de corpo

estranho da córnea e conjuntiva; na Dermatologia, por sua vez, foi citada a remoção de lesões na pele, de verrugas e moluscos contagiosos; a Ginecologia/Obstetrícia, apontada com atividades desde a colocação de DIU, realização de exame Papanicolau ao pré-natal de alto risco e realização de parto normal.

> Triagem de Acuidade visual, para reduzir número de encaminhamentos aos oftalmologistas; Pré-natal de alto risco, pois as gestantes apresentam muita dificuldade em conseguir acompanhamento obstétrico. (Médico, Nordeste)

Além destas, as especialidades citadas com maior frequência foram a Pediatria, Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria.

> Cardiologistas e Endocrinologistas seriam muito interessantes, pois temos uma demanda de pacientes diabéticos e hipertensos muito grande (todas as áreas) e isto faria com que se trabalhasse melhor na atenção primária estes tipos de pacientes para que em um futuro próximo, reduzisse a demanda destes pacientes na atenção secundária e terciária. (Médico, Centro-Oeste)

> A psiquiatria, devido à dificuldade de acesso dos pacientes em uso crônico de medicamentos ao consultório do especialista. Associado a elevada demanda desses pacientes. Mas poderia haver um treinamento (capacitação) dos profissionais da atenção básica. (Médico, Nordeste)

A realização de exames básicos como eletrocardiograma e ultrassom, também foram bastante citadas, bem como a autorização para solicitar exames de alto custo.

> Como clinica de apoio poderia ser mais resolutiva se alguns exames especializados pudessem ser solicitados pela UBS: Tomografias e Ressonâncias magnéticas. (Médico, Sudeste)

> Solicitar exames como espirometria, ecocardiograma, teste de esforço em esteira, colonoscopia, ultrassom de partes moles, desde que haja evidências na história e exame clínico que justifiquem solicitar tais exames. (Médico, Sudeste)

Vários respondentes expressaram que estariam dispostos a realizar atividades geralmente encaminhadas a médicos especialistas, porém sem especificar quais atividades. Muitos, ao declarar esta disposição, enfatizaram a necessidade de disponibilidade de infraestrutura e condições adequadas, capacitação, remuneração, motivação, respaldo legal, entre outros:

> Todas, com certeza. Falta de infraestrutura é principal delas e como sou única médica nesta unidade, a demanda é alta causando sobrecarga de trabalho. Na parte profissional falta mais segurança da minha parte, pois não são procedimentos que realizamos com frequência. (Médico, Centro-Oeste)

> Eu estaria disposto a fazer todos os procedimentos que não faço, mas que sei fazer, porém, este município não tem as condições suficientes para que o profissional que trabalha na APS realize estes tipos de procedimentos. (Médico, Norte)
>
> Desde que fôssemos verdadeiramente capacitados e remunerados de acordo. Mas vejo colegas fazendo o mínimo, pois a carga horária e o salário não anima mais ninguém. A fama corrente e que médico de atenção básica nem tem capacidade pra muita coisa e ainda com essa leva desqualificada de pseudo médicos. Nos médicos de família de formação Real estamos desmotivados . (Médico, Sudeste)
>
> Aqui se pode fazer de todos tipos de procedimentos más estamos com mãos atadas por o conselho de médico (Médico, Norte)
>
> Desde de que seja feito de forma segura e sob supervisão dos especialistas e consentida por esses não há problema nessa realização desses. (Médico, Sudeste)
>
> Sou médica cubana do programa Mais Médicos, em nossos consultórios médicos em Cuba costumamos fazer e estamos dispostos a fazer qualquer procedimento na atenção primaria para evitar ao paciente chegar ate a atenção secundaria sem necessidade, acho péssima a atenção primaria brasileira por causa disso, carece de estrutura para isso (Médico, Nordeste)
>
> Eu tenho muita disposição em realizar pequenos procedimentos: sutura, retirada de nevos, medicações injetáveis, curativos de úlceras crônicas, eletrocardiograma, acupuntura...sob algumas condições: receber capacitação para tal, infraestrutura adequada para realizar esses procedimentos, material adequado (e que não faltasse), apoio da equipe, e principalmente sob a condição de não ter uma demanda tão grande em uma área tão pobre, vulnerável e violenta. No momento tenho cerca de 3.400 pessoas em uma área extremamente pobre, de tráfico de drogas, alto índice de violência, baixa escolaridade, que alaga em toda chuva e equipe incompleta, diante disso fica impossível achar espaço na agenda para realizar tais procedimentos. Acredito que com um máximo de 2mil pessoas daria para se pensar em fazer. (Médico, Nordeste)

Alguns médicos frisaram que não realizam determinados procedimentos por impedimento da política da unidade de saúde em que atuam.

> Todas aquelas que eu estou capacitada para fazer, já que sou especialista em Medicina Familiar desde outubro de 1994, mais aqui no Brasil só podemos fazer aquelas que estão permitidas no contrato de trabalho. (Médico, Sudeste)
>
> Eu estou disposta a realizar qualquer atividade sendo de necessidade em minha comunidade onde trabalho, que não faço por falta de materiais e porque a política da unidade de saúde não permite a realização dos procedimentos. (Médico, Nordeste)

Outros enfatizaram que estariam dispostos a realizar determinados procedimentos apenas em áreas mais remotas e isoladas:

> Depende onde é o PSF, em locais mais isolados e longe (...), se conheço o procedimento e tenho as condiciones necessárias e não tem perigo para a vida, ou complicações eu faço, mas se é um município bem estruturado, acho que não, já que tem atividades que precisam de pessoal qualificado e treinado. (Médico, Nordeste)

> Na verdade, já lidamos com uma sobrecarga extraordinária nos municípios onde não há pronto atendimento nem hospital. às vezes realizamos procedimentos pela necessidade da urgência e distância de um atendimento mais qualificado, mas com bastante apreensão e o encaminhamento tão logo possível. (Médico, Nordeste)

Os participantes foram solicitados a indicar se estariam dispostos a realizar a infiltração anestésica intra-articular no Brasil, assim como médicos de saúde da família realizam em áreas rurais e remotas do Canada. Um total de 1.800 médicos respondeu a esta questão, e apesar de cerca de 70% terem indicado que estaria disposta a realizar tal procedimento no Brasil, a grande maioria destes realizariam apenas sob a condição de receberem uma capacitação/treinamento, e onde a unidade de saúde ofereça condições adequadas de trabalho, que envolve a infraestrutura e disponibilidade de materiais e medicamentos.

> Caso na gestão habilitar uma sala com as condições de assepsia e materiais adequados acho que seria proveitoso à infiltração anestésica intra-articular pela incidência de pacientes com artropatias que assistem às consultas. (Médico, Nordeste)

> Sim, quando for necessário e houver condições, em um ambiente bem estruturado e materiais adequados para a realização desse procedimento. (Médico, Nordeste)

> Sim. O problema maior da resolutividade da APS é a dificuldade de inter-relação médico da APS e médico especialista. Acho que com os cursos de reciclagem se torna possível realizar procedimentos que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, por mais que seja por períodos curtos de tempo ou pelo menos até conseguir consulta com os especialistas. (Médico, Sul).

> Nós médicos que trabalhamos em áreas rurais deveríamos receber treinamento e aperfeiçoamento para realização de pequenos procedimentos, evitando grandes deslocamentos desses pacientes e de superlotação em emergências. (Médico, Nordeste)

A importância de se ter um respaldo legal e que o procedimento esteja previsto no protocolo da unidade de saúde/município, também foi ressaltada entre os participantes.

> Em meu país, Cuba, que não é tão desenvolvido economicamente como o Canada, também realizamos infiltrações do mesmo jeito. Aqui no Brasil também poderíamos, se fora permitido por lei e tivermos as condições necessárias (Médico, Norte).

> Eu estaria disposto, nas áreas onde existe dificuldade para o atendimento com o ortopedista, e tivesse permissão na unidade de saúde. (Médico, Sul)
>
> Eu sei como fazer, mais existem restrições para aquele procedimento nas USB. (Médico, Nordeste)
>
> Só se teve implícito nos protocolos e autorizada para desempenhar estas atividades. (Médico, Nordeste)

Alguns profissionais citaram, ainda, outras condições para realizar tal procedimento que incluíram: casos de urgência e/ou emergência; supervisão do especialista; disponibilidade de uma equipe preparada; facilidade de referência para hospital e adicional de remuneração. Uma pequena parcela dos respondentes indicou que já realiza tal procedimento na unidade de saúde.

> A infiltração anestésica e de esteroides intra-articular embora geralmente seja campo de ortopedistas e reumatologistas (...), numa situação de urgência é claro que seria necessário realizar o procedimento. (Médico, Nordeste)
>
> Sim, desde que haja uma sala adequada e enfermeiros capacitados para assistir. (Médico, Sul)
>
> Estou disposto e sei fazer sob a circunstancia de pagamento por procedimentos. (Médico, Nordeste)
>
> Sim, eu já faço infiltrações. Em algumas articulações sinto que seria importante ter mais supervisão- aprendi com outros colegas e vendo vídeos. (Médico, Sul)

Entre aqueles que responderam negativamente a essa questão (n=531), apenas 23% justificaram sua resposta, alegando que não estariam dispostos a realizar infiltração anestésica intra-articular por considerarem um procedimento invasivo que acarreta em riscos para o paciente, ou porque consideram que é uma atividade restrita do especialista, porque desconhecem o procedimento, porque não existe um respaldo legal ou ainda porque não existe demanda.

> Creio que não, o risco do procedimento e elevado e a possibilidade de ocorrer erro e posterior processo contra o trabalhador também, prefiro não me arriscar. (Médico, Nordeste)
>
> Não. A infiltração intra-articular é procedimento com risco elevado para artrite infecciosa, trazendo complicações importantes ao paciente. Só deveria ser realizada pelo especialista. (Médico, Sul)
>
> Eu não estaria disposto. Infelizmente, enfrentamos uma realidade adversa. É difícil conseguir que os pacientes utilizem medicações de controle adequadamente ou tenha hábitos higiênicos. Até ser possível realizar procedimentos mais elaborados muito da realidade de nosso público necessitaria ser transformada. (Médico, Nordeste)

Enfermeiros

Foi apresentada uma lista de 34 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. A média de procedimentos realizados pelos enfermeiros participantes foi de 18,4±5,9, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 26,0±6,0.

A Tabela 36 apresenta a lista desses procedimentos, bem como o percentual de enfermeiros que indicaram realizá-los nas UBS e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. Entre os listados, destacam-se 19 procedimentos cuja frequência de resposta quanto à realização foi superior a 50%, sendo 12 citados por mais de 80% dos profissionais. Os procedimentos, atividades e ações de saúde que menos de 50% dos enfermeiros relataram saber fazer foram "prescrever medicamentos controlados", "anestesia local" e "realizar sutura".

As tabelas 37 e 38 apresentam o nível de confiança (baixo, médio ou alto) e a principal forma de aprendizagem (sozinho, com outro profissional, curso de capacitação do seu trabalho, curso de aperfeiçoamento, especialização, residência ou mestrado/doutorado) em relação aos procedimentos, atividades e ações de saúde que os enfermeiros realizam na UBS ou sabem realizar. Observa-se que os participantes declaram possuir um nível de confiança média ou alta para todos os procedimentos listados. Aqueles em que mais de 80% dos respondentes declaram ter nível de confiança alta foram "Retirar pontos" e "Realizar exame de Papanicolau" (Tabela 37). Os procedimentos relacionados à realização de partos – "parto normal" e "parto normal emergencial" – bem como aqueles cujas frequências de saber realizar foram menores – "prescrever medicamentos controlados", "anestesia local" e "realizar sutura" – obtiveram as frequências mais elevadas de nível de confiança "baixo", equivalente a 30% ou mais do total de respondentes (Tabela 37).

Em relação à principal forma de aprendizagem, para a maioria dos procedimentos listados, os participantes responderam a "Graduação". Mais da metade dos participantes indicaram ter aprendido "anestesia local" e "realizar sutura" com outros profissionais e mais de um quarto dos participantes aprenderam a "aplicar vacinas" e "realizar teste tuberculínico (PPD)" por meio de capacitação do seu trabalho (Tabela 38).

Tabela 36 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na unidade de saúde e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer, independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS	Sabem realizar	Total
	%	%	N
Anestesia local	6,2	30,2	2.532
Aplicar vacinas	81,1	98	2.571
Comunicar diagnóstico aos pacientes (como diabetes, hipertensão)	70,3	97,8	2.633
Encaminhar usuários a outros serviços	93,4	99,1	2.607
Inserir sonda nasoentérica	48,3	87,7	2.555
Inserir sonda nasogástrica	58,8	96,3	2.569
Inserir sonda vesical de alívio	73,6	99	2.574
Inserir sonda vesical de demora	74,4	98,5	2.577
Interpretar exames de imagem	37,7	61,1	2.531
Interpretar exames laboratoriais (análises clínicas)	87,1	97,5	2.596
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)	40	70,4	2.554
Interpretar resultado de “Papanicolau”	92,6	99	2.592
Prescrever curativos	87,1	97,5	2.587
Prescrever medicamentos controlados	3	36,5	2.552
Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas	27,3	73,4	2.575
Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica	51	85,8	2.565
Prescrever tratamento para vulvovaginites	64,1	90	2.571
Realizar acolhimento de casos agudos	92,2	98,7	2.658
Realizar consulta de puericultura	87,8	97,6	2.587
Realizar curativos	93,7	99,8	2.583
Realizar drenagem de abscesso	29,6	63,2	2.535
Realizar eletrocardiograma	43,4	77,2	2.570
Realizar exame “Papanicolau”	92,9	98,7	2.596
Realizar imobilizações	39,9	67,6	2.547
Realizar parto normal	13	54,7	2.520
Realizar parto normal emergencial	21,7	57,1	2.535
Realizar pré-natal de alto risco	27,4	58,9	2.535
Realizar pré-natal de baixo risco	88	97,6	2.584
Realizar sutura	4,4	29,9	2.544
Realizar teste tuberculínico (PPD)	23,6	54,1	2.551
Renovar a prescrição médica	50,7	89	2.603
Retirar pontos	92,4	98,5	2.583
Solicitar exames de imagem	41,7	76,5	2.553
Solicitar exames laboratoriais (análises clínicas)	85	97,4	2.600

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 37 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Anestesia local	31	49	19,9	577
Aplicar vacinas	6,1	31,6	62,3	2.022
Comunicar diagnóstico aos pacientes (como diabetes, hipertensão)	3,6	34,8	61,7	2.082
Encaminhar usuários a outros serviços	2,5	30,3	67,2	2.100
Inserir sonda nasoentérica	16,1	37,3	46,7	1.774
Inserir sonda nasogástrica	12,5	33,5	54	1.953
Inserir sonda vesical de alívio	5,5	23,3	71,3	2.574
Inserir sonda vesical de demora	6	25,4	68,6	2.021
Interpretar exames de imagem	28,9	59,1	12	1.216
Interpretar exames laboratoriais (análises clínicas)	7	62	31	2.062
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)	22	44	34,1	1.389
Interpretar resultado de “Papanicolau”	2,7	27,4	69,8	2.084
Prescrever curativos	6,3	42,7	51,1	2.023
Prescrever medicamentos controlados	37,2	43,7	19,1	677
Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas	17,5	49,6	32,9	1.442
Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica	9,8	44,7	45,5	1.683
Prescrever tratamento para vulvovaginites	6,5	42,2	51,2	1.825
Realizar acolhimento de casos agudos	3,7	48,7	47,6	2.183
Realizar consulta de puericultura	5,8	37,2	57	2.027
Realizar curativos	2,1	28,8	69,1	2.085
Realizar drenagem de abscesso	19	54,1	26,9	1.225
Realizar eletrocardiograma	14,6	38,9	46,5	1.580
Realizar exame “Papanicolau”	1,6	12,7	85,7	2.084
Realizar imobilizações	21,9	55,4	22,7	1.374
Realizar parto normal	40,4	43,3	16,3	1.106
Realizar parto normal emergencial	45,4	41,7	12,9	1.162
Realizar pré-natal de alto risco	22,9	54,5	22,7	1.190
Realizar pré-natal de baixo risco	4	27,4	68,5	2.034
Realizar sutura	30,5	48,2	21,2	2.137
Realizar teste tuberculínico (PPD)	23,4	39,3	37,3	1.075
Renovar a prescrição médica	10,4	36,5	53	1.780
Retirar pontos	1,5	13,2	85,3	2.054
Solicitar exames de imagem	19,2	54,6	26,2	1.472
Solicitar exames laboratoriais (análises clínicas)	3,3	35,9	60,9	2.030

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 38 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação do trabalho	Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Anestesia local	4,4	55,2	24,3	3,3	2,6	9,2	0,7	0,2	543
Aplicar vacinas	3,1	11,7	34,9	30,3	16,5	2,5	1,1	0,1	1.957
Comunicar diagnóstico aos pacientes (como diabetes, hipertensão)	9	10,7	39,9	13,3	12,1	13	1,3	0,7	2.026
Encaminhar usuários a outros serviços	16,5	20,2	20,3	24,1	7,6	9,3	1,6	0,4	2.041
Inserir sonda nasoentérica	1,6	6,8	83,5	2,5	2,5	2,3	0,7	0,1	1.741
Inserir sonda nasogástrica	1,6	5,1	85,3	2,6	2,3	2,4	0,6	0,1	1.904
Inserir sonda vesical de alívio	2,1	5,9	84,4	2,6	2	2,2	0,7	0,1	1.964
Inserir sonda vesical de demora	1,9	5,9	84,8	2,5	2	2,2	0,6	0,1	1.961
Interpretar exames de imagem	11,4	31,5	30	7,6	9,4	8	2	0,1	1.143
Interpretar exames laboratoriais (análises clínicas)	12,1	15,8	38,4	9,2	14,4	8,1	1,7	0,4	1.994
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)	6	19,8	33,6	24,1	12,8	2,3	1,2	0,1	1.339
Interpretar resultado de “Papanicolau”	6,4	11	39,2	20	16,2	5,9	1,3	0,1	2.032
Prescrever curativos	4,5	6	43,1	16,7	23	5	1,3	0,4	1.964
Prescrever medicamentos controlados	11,4	42	22,7	8,4	6,1	8,4	0,7	0,3	595
Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas	9	25,9	26,5	15,6	10,3	11	1,4	0,2	1.349
Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica	11,9	22,5	27,4	17,1	10,6	8,7	1,4	0,2	1.624
Prescrever tratamento para vulvovaginites	6,4	16,2	30,1	21,4	17,1	6,9	1,7	0,1	1.773
Realizar acolhimento de casos agudos	11,6	14,9	26,8	15,8	12,5	15,1	2,1	1,2	2.141
Realizar consulta de puericultura	6,7	7,7	53,2	12,1	8,7	9,4	2	0,3	1.965
Realizar curativos	3,9	5,2	52,9	12,9	20,2	3,7	1,2	0,1	2.023
Realizar drenagem de abscesso	6,9	39,5	42,9	3,2	4,2	2,1	1	0,2	1.178
Realizar eletrocardiograma	3,6	27,8	46,7	10,8	7,1	2,9	1	0,1	1.537
Realizar exame “Papanicolau”	3,6	7,3	56,3	14,9	11,5	5,2	1,2	0	2.030
Realizar imobilizações	4,6	24,7	43,6	7,4	12,6	6,1	0,9	0,2	1.329
Realizar parto normal	1,5	15,7	55,6	3,7	4,5	17,7	1,3	0	1.077
Realizar parto normal emergencial	1,9	17,8	53,4	3,9	5,1	16,3	1,5	0	1.129
Realizar pré-natal de alto risco	5,3	13,4	35,5	14,6	12,1	16,9	2	0,1	1.145
Realizar pré-natal de baixo risco	3,8	6,9	48	15,8	9,7	13,9	1,8	0,1	1.978
Realizar sutura	6,2	50,8	25,2	3	3,8	9,6	1,1	0,2	531
Realizar teste tuberculínico (PPD)	3,4	17,6	35,7	25,2	15,1	1,9	1,1	0,1	1.040
Renovar a prescrição médica	14,5	36,5	22,3	12,2	5,9	7,4	0,9	0,2	1.716
Retirar pontos	8	14,3	69,9	3,3	1,9	1,8	0,8	0,1	1.999
Solicitar exames de imagem	12	26,4	29,8	14,3	8,2	7,2	1,9	0,1	1.401
Solicitar exames laboratoriais (análises clínicas)	9,7	14,7	34,9	17,6	11	10,5	1,4	0,3	1.976

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

O número de procedimentos realizados foi maior entre indivíduos do sexo masculino, com título de especialista, que atuavam na região Nordeste do país, quando comparado às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e mais distantes das sedes regiões de saúde (mais de 61 minutos). Não se observou diferenças quanto à idade, ao tempo de graduação, de atuação na APS e na unidade de saúde à ocasião da pesquisa, à carga horária e ao porte do município (Tabela 39).

Observou-se que profissionais do sexo masculino, que atuavam na região Norte do país, em municípios de menor porte populacional e mais distantes das sedes das regiões de saúde declararam saber fazer mais procedimentos. As características idade, título de especialista, tempo de graduação, de atuação da APS e na unidade de saúde e carga horária não apresentaram diferença significativa (Tabela 39).

O motivo para não realização dos procedimentos que sabem realizar, na UBS, foi, principalmente, por não constar nos protocolos e guias clínicos do município, citado por 62,2% dos participantes. Mais da metade dos enfermeiros (50,2%) apontou a existência de medidas restritivas do conselho profissional. Em menor quantidade foram citados: falta de materiais e infraestrutura (48,3%); inexistência de demanda para a realização destes procedimentos (39,5%); é realizado por outro profissional de saúde da UBS (38,5%); a política da unidade não permite a realização desses procedimentos (34,7%); não é do âmbito da APS (32,0%); sobrecarga de trabalho (18,1%); e motivos pessoais (2,8%). “Outros” motivos somaram 5,1% e incluíram falta de treinamento/capacitação e valorização financeira (Tabela 40).

Tabela 39. Distribuição dos procedimentos realizados por enfermeiros, na unidade de saúde, e de procedimentos que eles declaram saber fazer, segundo características sociodemográficas. Brasil, 2016.

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média ± DP	Mediana	p-valor*	Média ± DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	18,5±5,4	19,0	0,000	26,3±5,1	27,0	0,000
Masculino	19,9±6,3	21,0		27,7±5,8	29,0	
Idade §						
≤35 anos	18,9±5,1	19,0	0,372	26,6±4,7	27,0	0,365
>35 anos	18,5±5,9	19,0		26,4±5,8	27,0	
Tempo de graduação						
≤8 anos	18,9±5,1	19,0	0,335	26,5±4,9	27,0	0,297
>8 anos	18,5±5,8	19,0		26,6±5,3	27,0	
Título de especialista						
Sim	18,7±5,7	19,0	0,004	26,5±5,3	27,0	0,052
Não	18,1±5,2	18,0		25,9±5,6	27,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤6 anos	18,4±5,7	19,0	0,948	25,9±6,0	27,0	0,210
>6 anos	18,3±6,3	19,0		26,1±6,1	27,0	
Tempo de atuação na Unidade §						
≤3 anos	18,3±5,5	19,0	0,061	26,1±5,7	28,0	0,765
>3 anos	18,4±6,3	19,0		26,0±6,3	27,0	
Carga Horaria na Unidade						
≤40 horas	18,4±5,9	19,0	0,800	26,0±6,0	27,0	0,224
>40 horas	18,5±5,5	19,0		27,8±3,9	28,0	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	19,7±7,0	20,0	0,868	28,1±5,7	29,0	0,000
Nordeste	19,7±5,6	20,0	REF	26,8±5,7	28,0	REF
Sudeste	17,4±5,9	18,0	0,000	25,4±6,1	26,0	0,000
Sul	17,8±5,5	18,0	0,000	25,5±6,3	27,0	0,000
Centro-oeste	18,3±6,0	19,0	0,001	25,9±6,0	27,0	0,007
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	18,7±5,7	19,0	REF	26,5±5,9	28,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	19,0±6,2	20,0	0,087	26,4±6,9	28,0	0,523
Mais de 20 até 50 mil hab.	18,4±5,9	19,0	0,516	26,5±5,9	28,0	0,991
Mais de 50 até 100 mil hab.	18,4±5,7	19,0	0,552	25,8±6,0	27,0	0,035
Mais de 100 até 500 mil hab.	18,2±5,6	19,0	0,178	25,9±5,4	27,0	0,004
Mais de 500 mil hab.	17,9±6,1	19,0	0,192	25,3±6,2	26,0	0,000
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	18,1±5,9	19,0	REF	25,5±5,9	26,0	REF
De 16 a 30 minutos	17,7±5,5	18,0	0,142	26,1±5,4	27,0	0,221
De 31 a 45 minutos	18,6±5,9	20,0	0,116	26,0±6,3	27,0	0,015
De 46 a 60 minutos	17,8±5,7	18,5	0,227	25,9±6,4	28,0	0,037
De 61 a 120 minutos	19,0±5,7	20,0	0,006	26,8±5,9	28,0	0,000
Mais de 120 minutos	20,1±6,6	21,0	0,000	27,8±6,4	29,0	0,000

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 40. Motivos para não realização dos procedimentos que os participantes sabem fazer, na UBS (n=2707).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	1308	48,3
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	1068	39,5
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	1683	62,2
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	939	34,7
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	1358	50,2
Prefiro não realizar por motivos pessoais	75	2,8
Sobrecarga de trabalho	490	18,1
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	866	32,0
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	1041	38,5
Outro	138	5,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Quanto à situação de trabalho atual, na UBS, a maioria dos enfermeiros (50,8%) considera que está sobrecarregado, porque a demanda é alta. Do total de respondentes, 30,0% afirma estar sobrecarregado por realizar o trabalho de outros profissionais e 12,6%, por trabalhar além de sua carga horária. Os enfermeiros que afirmaram não estar sobrecarregados totalizam 19,2% dos respondentes, enquanto 7,0% afirmam que não estão sobrecarregados e poderiam executar mais tarefas clínicas (Tabela 41).

Tabela 41. Situação de trabalho atual dos participantes na unidade de saúde (n=2707).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	340	12,6
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	813	30,0
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	1376	50,8
Eu não estou sobrecarregado	520	19,2
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	189	7,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A disponibilidade de encaminhamentos para serviços especializados foi avaliada como "ruim" pela maior parte dos enfermeiros (36,0%), seguida por "boa" (22,1%) e "muito ruim" (20,1%). Apenas 2,8% dos respondentes avaliaram como "muito boa" (Tabela 42).

Tabela 42. Avaliação dos enfermeiros quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=2.471).

Avaliação	N	%
Muito ruim	497	20,1
Ruim	889	36,0
Nem ruim, nem boa	471	19,1
Boa	545	22,1
Muito boa	69	2,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Com relação aos recursos de apoio utilizados pelos enfermeiros, na unidade de saúde, a maioria dos respondentes (72,5%) afirmou que faz consulta a protocolos clínicos, livros e artigos, seguido de 67,4%, que solicita opinião/discute casos com outros profissionais de saúde. Em menor proporção, 54,2% dos participantes participam de atividades educativas ou programas de educação permanente, 47,0% solicitam opinião/discute casos com outros enfermeiros e 25,7% utilizam o recurso de Telessaúde (Tabela 43).

Tabela 43. Recursos utilizados pelos participantes na unidade de saúde (n=2.707).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros enfermeiros	1271	47,0
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	1825	67,4
Telessaúde	695	25,7
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	1962	72,5
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	1466	54,2

Fonte: Elaboração própria à partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Quando questionados sobre quais atividades atualmente privativas de médicos, os enfermeiros estariam dispostos a desempenhar, nas unidades básicas de saúde, mais da metade dos 1725 indivíduos que responderam a esta questão (51,5%) não estaria disposto a desempenhar nenhuma atividade. As atividades mais citadas foram: prescrição de medicamentos em diversas áreas (39,7%), solicitação de exames, seja laboratorial ou de imagem (19,6%), realização de sutura (15,0%) e transcrição ou renovação de prescrição médica (9,5%). As condições indicadas pelos profissionais foram, principalmente, mediante elaboração de protocolo, capacitação profissional e autorização do seu respectivo conselho.

O enfermeiro, no Brasil, já tem autorização para executar algumas dessas atribuições. No entanto, uma entrevistada do Distrito Federal explica o que ocorre no local em que atua:

> Na verdade, essas atribuições não são privativas dos médicos segundo nosso conselho. Porém, a hegemonia médica, principalmente aqui no DF [Distrito Federal], *barra* esses procedimentos que já são realizados por enfermeiros em outros estados. Não abrem cursos de capacitação para enfermeiros e não revisam os protocolos a fim de não abrir nem para os médicos de família! Quanto mais enfermeiro. (Enfermeiro, Centro-Oeste)

Outro ressalta a união dos profissionais médicos, que se sentem ameaçados pelo "poder" do enfermeiro, enquanto líder da equipe, e a não necessidade de desempenhar as funções deste profissional, mas de cada um realizar o que lhe compete, completando-se enquanto equipe:

> Sinceramente, diante das inúmeras possibilidades de atuação do enfermeiro, quer na Atenção primária ou outros serviços, não vejo necessidade de "divergências" entre as atribuições destes dois profissionais. Quando cada um reconhece o que é de sua responsabilidade enquanto categoria profissional e o que realmente "dá conta de fazer", não há motivos para um querer para si o que é do outro - considerando que nem sempre dá para distinguir, claramente, o que é de cada um. É uma questão, penso eu, muito complexa. Eu vejo muitos enfermeiros "assumindo" atribuições consideradas privativas dos médicos muito mais por que estes deixam de cumprir seus papéis/funções de forma efetiva e humana, do que simplesmente por "quererem" demonstrar que sabem fazer o que "seria" de competência do médico. Eu vejo que muitos médicos, ao perceberem o "poder" do enfermeiro junto ao usuário ou à equipe (líder/coordenador dessa equipe) veem isso como uma ameaça. Uma ameaça, principalmente, à imagem histórica/ social, de que o médico é a figura mais importante na saúde, no atendimento, aquele que tem a "capacidade técnica" de decidir, de "mandar", de "ordenar", às vezes até desconsiderando a importância do trabalho em equipe. De forma alguma quero denegrir a imagem do profissional médico, não é isso. Mas, antes mesmo de formar-me enfermeira, tire inúmeras oportunidades de constatar a prepotência a que me refiro. Por outro lado, sempre inserida na equipe de saúde, considero fundamental a presença desse profissional, com o qual o nosso atendimento se completa. Sempre reforço com os colegas que nós não temos obrigação de fazer diagnósticos de doenças, mas sim de saúde, embora, para prestar o cuidado, levantemos situações que nos permitem chegar "com tranquilidade" ao diagnóstico de doenças. Isso não quer dizer que devamos fazê-lo. Embora com condições (entendo isso como uma necessidade intrínseca da profissão!) de fazermos, além de exame clínico, muitos outros procedimentos (ex: lavagem otológica), sinceramente, não estou disposta a assumir atividades consideradas privativas dos médicos. Gostaria mesmo que ele assumisse o que lhe cabe, o que por

> vezes diminuiria (consideravelmente) a nossa "carga". (Enfermeiro, Sudeste)

Um respondente explica o motivo de o enfermeiro não poder desempenhar atividades que atualmente só o médico executa, esclarecendo as diferenças entre essas profissões:

> [...] Enfermagem e medicina, apesar de serem as primeiras profissões que surgiram na saúde, ainda assim têm enfoques diferentes - a primeira tem o paciente e a comunidade como trabalho; e a medicina tem a doença. Tudo se resume em jogo de poder, com o ato médico de pano de fundo. (Enfermeiro, Sudeste)

Contrapondo esses pontos de vista, outro respondente do *survey online* relata sua experiência positiva em unidade básica de saúde, onde já desempenha inúmeras atividades que, atualmente, somente os médicos estariam autorizados:

> Tenho percebido que adquiri confiança dos usuários no atendimento a clientes com febre, amigdalites, otites, asma, infeções urinárias, desidratação... São situações que tenho um bom desempenho e diminuem a burocracia de "atendimento e consulta" médica, ou seja, diminuem as filas de clientes para a consulta médica, saem com orientação adequada e registrada por mim, enfermeira. (Enfermeiro, Nordeste)

Pensando em situações em que há escassez de profissional médico, uma enfermeira dá uma sugestão inusitada:

> Na minha opinião um ótima estratégia para o Brasil suprir a falta de médicos seria criar um curso para enfermeiros se tornarem médicos. Acredito que seriam médicos mais experientes, responsáveis e focados porque já conhecem a realidade e responsabilidade da saúde. (Enfermeiro, Sudeste)

Foi apresentada a seguinte informação aos enfermeiros: “No Canadá, o enfermeiro que possui pós-graduação e experiência clínica pode diagnosticar doenças relacionadas à sua área, bem como prescrever medicamentos”, e em seguida foi solicitado aos participantes que indicassem se estariam dispostos a desempenhar essas atividades, no Brasil.

Entre os 2.345 enfermeiros que responderam a esta questão, apenas 322 (13,7%) não estariam dispostos. Entre aqueles que se posicionaram de forma contrária à realização dessas atividades, a maioria justificou relacionando à realidade desse país, diferente da brasileira, e à sobrecarga de trabalho do enfermeiro, sem a devida valorização profissional.

> O Canadá é um país desenvolvido, com infraestrutura e salários adequados, se o enfermeiro no Brasil assumir essa responsabilidade,

> será apenas mais uma sobrecarga de serviço, que não é acompanhado pelo reconhecimento financeiro. (Enfermeiro, Centro-oeste)

> Considerando a cultura do povo brasileiro, e qualidade de determinados cursos de graduação, prefiro que não se abram oportunidades que possam comprometer a saúde dos brasileiros. Além disso, também já é cultural sobrecarregar o profissional enfermeiro, principalmente na área administrativa e gerencial, imagine lhe sendo dado o direito de diagnosticar outras doenças, isto comprometeria e sobrecarregaria ainda mais esta categoria, já muito explorada no nosso país e injustamente mal remunerada. (Enfermeiro, Nordeste)

Já aqueles que se posicionaram a favor da expansão, condicionaram, principalmente, à formação/capacitação adequada, à infraestrutura e disponibilidade de recursos materiais e à valorização profissional:

> Desde que haja recursos e apoio técnico. Desde que o enfermeiro não seja instrumento barato para justificar a falta de médicos. (Enfermeiro, Sudeste)

> Sim, claro. Ajuste de "poderes". Muitas vezes ocorre o ajuste de classes/categorias, mas no município o profissional é inviabilizado de executar a tarefa. Por exemplo, o Papanicolau. Podemos examinar, diagnosticar e tratar alterações. Mas os secretários não possibilitam o Enfermeiro para não "aborrecer" os médicos. Mas a usuária nunca consegue "ficha" para consultar com ele. (Enfermeiro, Sudeste)

Um enfermeiro relata que já realizou estas atividades, na ausência do médico, e afirma que isso acontece também em outros lugares, mas não é divulgado:

> O Canadá é o sonho de qualquer enfermeiro que deseje autonomia ao invés de frustações pela incapacidade de não poder fazer nada. Eu atuaria desde que tivesse respaldo legal, a verdade é que muitos de nós já fazemos, mas não podemos divulgar, eu já fiquei 6 meses sem médico na minha unidade, você acha que eu fiz o quê? Precisamos ser capacitados e autorizados a fazer o que não querem. (Enfermeiro, Nordeste)

O outro relata sua opinião e corrobora com a fala anterior, onde os enfermeiros já desempenham essas atividades na UBS:

> Esta brincando!!!? Quem falou que isso ainda não ocorre aqui no Brasil? Bato na mesma tecla contratem mais enfermeiros na verdade são estes que carregam a unidade nas costas, com todo meu respeito aos profissionais médicos, que fazem as consultas atendendo a demanda nada fácil, porém temos que atender aos programas, consultar, realizar palestras educativas, campanhas, e estar em vários locais, reuniões, avaliações, estratégias sem contar com o salario baixíssimo e falta de estrutura. (Enfermeiro, Norte)

Um enfermeiro reforça a situação de desvalorização profissional e aponta as principais mudanças que devem ocorrer, antes de se implementar novas funções para a categoria:

> Nós já fazemos o diagnostico de enfermagem, tem a nuvem do ato médico, primeiro teria que ter fortalecimento da categoria e muita, mas muita capacitação, penso que isso pra nós ainda é uma realidade distante. Temos bastantes funções dentro da enfermagem, somos pouco valorizados, temos estrutura físicas e de recursos humanos bem precárias no momento não vejo possibilidades. Antes de novas atribuições deveria ser implantadas a já conquistadas exemplificando parto normal humanizado que não é uma realidade na maioria dos lugares...ao tratar uma vaginose se não tiver medico. nas ESF as farmácias não aceitam nossas prescrições... diferença salarial e carga horaria nas ESF e fator que ninguém discute... então primeiro organização em todos os sentidos ai sim discutir, refletir, aprimorar e implantar novos saberes. (Enfermeiro, Sudeste)

Foi solicitado ainda aos participantes que indicassem a partir de uma lista de 19 procedimentos e atividades de saúde, quais estariam dispostos a delegar para técnicos de enfermagem mediante treinamento e sem considerar a atual legislação. A tabela 43 evidencia que mais da metade dos respondentes concordam que 13 dos 19 procedimentos não podem ser realizados por técnicos, em que se destacam: prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica; solicitar e interpretar exames de imagem, solicitar e interpretar exames laboratoriais análises clínicas, prescrever tratamento para vulvovaginites e realizar pré-natal de baixo risco. Os participantes declararam que procedimentos como realizar acolhimento de casos agudos (72,8%), realizar imobilização (57,4%), encaminhar usuários a outros serviços (51,3%) e inserir sonda de demora (45,9%), podem ser delegados a técnicos de enfermagem, desde que sob supervisão direta ou indireta. Já 43,4% e 33,4% indicaram que os técnicos poderiam, sem supervisão, retirar pontos e realizar curativos, respectivamente (Tabela 44).

Tabela 44 – Percepção dos enfermeiros sobre quais procedimentos, atividades de saúde podem ser delegados para técnicos de enfermagem.

Procedimentos, atividades de saúde	COM supervisão DIRETA	COM supervisão INDIRETA	NÃO poderia ser realizada	SEM supervisão do enfermeiro	TOTAL
	%	%	%	%	N
Encaminhar usuários a outros serviços	30,5	20,8	41,9	6,8	2.337
Inserir sonda de demora	33,1	12,8	48,6	5,5	2.313
Inserir sonda nasoentérica	29,2	9,4	57,5	3,8	2.331
Interpretar exames de imagem	6,7	1,5	91,1	0,7	2.327
Interpretar exames laboratoriais - análises clínicas	12,9	3,2	83	0,9	2.332
Interpretar resulta do de “Papanicolau”	19,4	7,4	71,4	1,8	2.313
Prescrever curativos	23,6	12,2	59,2	5	2.322
Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica	5,4	2,3	91,7	0,6	2.324
Prescrever tratamento para vulvovaginites	7,6	2,2	89,3	0,9	2.316
Realizar acolhimento de casos agudos	44,6	28,2	19,8	7,5	2.329
Realizar consulta de puericultura	15,4	6,8	75,6	2,1	2.328
Realizar curativos	21,8	40,2	4,6	33,4	2.329
Realizar exame “Papanicolau”	26,9	14,8	52,5	5,8	2.326
Realizar imobilizações	30,2	27,2	21,6	21	2.310
Realizar pré-natal de baixo risco	10,1	3	85,8	1,1	2.326
Renovara prescrição médica	12,1	6,6	79,2	2,1	2.331
Retirar pontos	14,4	39,2	3,1	43,4	2.355
Solicitar exames de imagem	6,8	2,2	90,5	0,6	2.329
Solicitar exames laboratoriais análises clínicas	12,8	4,6	81,3	1,3	2.327

Fonte: Elaboração própria à partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Dentistas

Foi apresentada uma lista de 29 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. A média de realização desses procedimentos pelos dentistas foi de 14,8±3,3, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 23,2±3,7.

A Tabela 45 apresenta a lista desses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de dentistas que indicaram fazê-los nas unidades de saúde e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. Os resultados revelam que mais da metade dos dentistas sabem realizar 24 dos 29 procedimentos (82,7%), mas apenas 15 dos 29 procedimentos (51,7%) são realizados de fato na unidade de saúde por mais de 50% dos profissionais. Entre os mais realizados estão a anestesia e a sutura, ambas com 99,5% e o atendimento de urgências com 99,2. Anestesia e sutura também são os procedimentos que mais dentistas sabem realizar (100%). Enquanto isso, os menos realizados são o clareamento, o tratamento ortodôntico corretivo e o implante dentário (2,3%, 1,6% e 1% respectivamente), sendo que dos dois últimos, apenas 24,3% e 10,9% dos dentistas sabem realizar, respectivamente. (Tabela 45)

Com relação ao nível de confiança para a realização desses procedimentos, atividades e ações de saúde, a maioria dos dentistas declarou possuir um nível de confiança médio para a realização dos procedimentos. Os procedimentos que mais geram insegurança são a biópsia, com 36,6%, o implante dentário, com 30,3% e a ortodontia preventiva, com 29,2% (tabela 46).

No que diz respeito à forma de aprendizagem dos procedimentos, atividades e ações de saúde que os respondentes declararam saber fazer, independentemente do local de trabalho, foi observado que, dos 29 procedimentos e atividades, 24 foram aprendidos na graduação pela maioria dos dentistas. Os outros cinco procedimentos tiveram seu aprendizado dividido entre graduação, aperfeiçoamento e especialização, sendo estes: tratamento ortodôntico corretivo (20,2% na graduação, 32,1% no aperfeiçoamento e 41,7% na especialização); implante dentário (33,3% na graduação, 25% no aperfeiçoamento e 33,3% na especialização); clareamento (47,8% na graduação, 26,5%

no aperfeiçoamento e 5,6% na especialização); cirurgia periapical (48,9% na graduação, 31,5% no aperfeiçoamento e 12% na especialização) e ortodontia preventiva (48,9% na graduação, 21,3% no aperfeiçoamento e 24,1% na especialização) (tabela 47).

Tabela 45 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na unidade de saúde e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer, independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde.	Realizam na UBS	Sabem realizar	Total
	%	%	N
Anestesia	99,5	100	391
Aplicação tópica de flúor	98,7	100	383
Atendimento de urgências	99,2	99,7	380
Biópsia	16,4	58,4	385
Cirurgia periapical	5,9	29,1	375
Cirurgia periodontal	12,2	46	378
Clareamento	2,3	91,7	387
Coroa (prótese fixa unitária)	3,6	82,1	385
Endodontia de molares	9,5	71,6	377
Endodontia unirradicular	10,8	91,3	378
Extração de dente decíduo	98,7	99,7	383
Extração de dente incluso	15,6	61,6	385
Extração de dente permanente	98,7	99,7	384
Implante dentário	1	10,9	385
Moldagem (prótese, placa oclusal, etc)	17	94,8	382
Ortodontia preventiva	7,4	44,4	378
Polimento coronário	92,2	99,2	384
Próteses removíveis (total ou parcial)	9,1	85,5	386
Pulpotomias	79,7	97,1	379
Radiografia (periapical, bitewing)	39,6	98,7	381
Raspagem subgengival	82,3	98,2	384
Raspagem supragengival	97,1	100	385
Restauração atraumática	92,4	99	381
Restauração direta (amálgamas, resinas compostas, ionômeros de vidro)	98,5	100	391
Selante oclusal	88,3	99,7	383
Sondagem de bolsa (periodontal)	72,5	98,7	382
Sutura	99,5	100	383
Tratamento ortodôntico corretivo	1,6	24,3	378
Tratamento periodontal	65,4	89,2	379

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 46 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Anestesia	0,3	7,8	91,9	332
Aplicação tópica de flúor	-	4	96	325
Atendimento de urgências	1,5	30,3	68,1	323
Biópsia	36,6	43,4	20	175
Cirurgia periapical	18,6	51,2	30,2	86
Cirurgia periodontal	25	54,3	20,7	140
Clareamento	6,7	36,7	56,6	267
Coroa (prótese fixa unitária)	21,1	46,2	32,8	247
Endodontia de molares	28,9	48,2	22,9	218
Endodontia unirradicular	10,6	39	50,4	264
Extração de dente decíduo	0,9	5,8	93,2	325
Extração de dente incluso	25,4	47,8	26,8	205
Extração de dente permanente	2,1	21,8	76,1	326
Implante dentário	30,3	36,4	33,3	33
Moldagem (prótese, placa oclusal, etc)	5,1	42,4	52,5	276
Ortodontia preventiva	29,2	35	35,8	137
Polimento coronário	0,3	12,6	87,1	318
Próteses removíveis (total ou parcial)	15,6	51,7	32,7	263
Pulpotomias	9,1	34,9	56	307
Radiografia (periapical, bitewing)	2,7	20,7	76,5	294
Raspagem subgengival	4,7	39,1	56,2	317
Raspagem supragengival	0,3	12,8	86,9	328
Restauração atraumática	2,5	19,1	78,4	320
Restauração direta (amálgamas, resinas compostas, ionômeros de vidro)	0,3	8,5	91,2	331
Selante oclusal	0,6	7,5	91,8	318
Sondagem de bolsa (periodontal)	5,2	37,1	57,7	310
Sutura	0,6	14,2	85,2	324
Tratamento ortodôntico corretivo	17,7	30,4	51,9	79
Tratamento periodontal	8,6	54,6	36,8	280

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 47 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação	Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Anestesia	1,2	0,3	87,9	0,9	6,1	2,7	0,3	0,6	330
Aplicação tópica de flúor	0,9	0,3	89	1,9	2,8	3,4	0,3	1,3	319
Atendimento de urgências	4,4	1,6	69,2	7,2	10,4	4,1	2,2	0,9	318
Biópsia	2,7	6,6	67,2	3,3	14,8	3,8	0,5	1,1	183
Cirurgia periapical	2,2	3,3	48,9	1,1	31,5	12	1,1	-	92
Cirurgia periodontal	1,4	4,1	66,7	1,4	16,3	9,5	-	0,7	147
Clareamento	5,6	8,6	47,8	4,5	26,5	5,6	-	1,5	268
Coroa (prótese fixa unitária)	1,2	2,4	67,9	1,2	17,3	8,8	-	1,2	249
Endodontia de molares	0,9	1,8	64,7	0,4	21	10,7	0,4	-	224
Endodontia unirradicular	1,1	1,1	73,7	0,8	14,7	7,9	0,8	-	266
Extração de dente decíduo	2,8	0,3	89,7	0,3	3,4	1,9	0,9	0,6	320
Extração de dente incluso	2,4	4,8	52,4	1	36,2	2,4	1	-	210
Extração de dente permanente	1,9	3,8	80	1,6	10,9	0,9	0,6	0,3	320
Implante dentário	2,8	5,6	33,3	0	25	33,3	-	-	36
Moldagem (prótese, placa oclusal, etc)	1,1	1,8	76,7	1,8	9,1	8	0,4	1,1	275
Ortodontia preventiva	0,7	2,8	48,9	1,4	21,3	24,1	0,7	-	141
Polimento coronário	1,3	0,3	92	1,6	2,5	0,6	0,3	1,3	314
Próteses removíveis (total ou parcial)	1,1	3,8	75,1	1,5	10,7	6,9	0,4	0,4	261
Pulpotomias	2,6	2,6	75,6	2	9,6	6,9	-	0,7	303
Radiografia (periapical, bitewing)	0,7	0,3	91,8	0,3	2,4	3,8	-	0,7	292
Raspagem subgengival	1,6	1,3	84,2	1,6	7,4	2,9	0,3	0,6	311
Raspagem supragengival	1,9	0,6	87	0,9	5,6	3,1	0,3	0,6	322
Restauração atraumática	3,5	2,8	60,1	13,3	12,7	4,1	0,9	2,5	316
Restauração direta (amálgamas, resinas compostas, ionômeros de vidro)	1,2	0,6	82	0,9	10,1	3,4	0,6	1,2	328
Selante oclusal	1	1	84,8	1,6	6,7	3,5	0,6	1	315
Sondagem de bolsa (periodontal)	0,7	1	87,3	0,7	5,9	3,3	0,3	1	306
Sutura	1,6	1,3	85,5	0,6	8,2	1,9	0,6	0,3	317
Tratamento ortodôntico corretivo	1,2	3,6	20,2	1,2	32,1	41,7	-	-	84
Tratamento periodontal	1,4	2,9	79,1	2,2	10,1	4,3	-	-	278

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

O *Teste de Mann Whitney* com as variáveis expostas no início desta sessão revelou que não houve diferenças significativas com relação aos procedimentos realizados pelos dentistas nas unidades de saúde para nenhuma das variáveis. Já com relação ao número de procedimentos que os dentistas sabem realizar, independente do local de atuação, os indivíduos do sexo masculino (24,7±2,6) declararam saber realizar mais procedimentos do que aqueles do sexo feminino (23,0±3,5); e aqueles que não possuem título de especialista (24,1±3,8) também indicaram saber realizar mais procedimentos do que os que possuem título (23,3±3,3). (Apêndice A)

Quando questionados sobre a razão para não realizar procedimentos que sabem realizar, na unidade de saúde, mais de 73% dos participantes responderam que não é do âmbito da atenção primária e/ou falta materiais e infraestrutura adequada. A existência de medidas restritivas do conselho profissional, falta de demanda pelo procedimento e a não realização por motivos pessoais foram apresentadas por menos de 10% dos respondentes (tabela 48). Mais de 60% dos participantes afirmaram estar sobrecarregados devido à alta demanda, ao passo que 39,8% declararam não estar sobrecarregado, dentre estes, 12,1% estariam dispostos ainda a realizarem mais tarefas na unidade em que atuam (tabela 49).

Tabela 48. Motivos para não realização dos procedimentos que participantes sabem fazer, na unidade de saúde (n=374).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	285	76,2
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	19	5,1
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	182	48,7
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	115	30,7
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	7	1,9
Prefiro não realizar por motivos pessoais	23	6,1
Sobrecarga de trabalho	83	22,2
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	274	73,3
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	49	13,1
Outro	7	1,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 49. Situação de trabalho atual dos participantes na unidade de saúde (n=365).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	17	4,7
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	45	12,3
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	221	60,5
Eu não estou sobrecarregado	101	27,7
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	44	12,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Foi solicitado aos participantes que avaliassem a disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados, onde mais da metade (60,6%) avaliou como ruim ou muito ruim, enquanto 15,4% avaliaram nem como ruim, nem como boa (Tabela 50).

Tabela 50. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n= 371).

Avaliação	N	%
Muito ruim	104	28,0
Ruim	121	32,6
Nem ruim, nem boa	57	15,4
Boa	74	19,9
Muito boa	15	4,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Sobre os recursos de apoio utilizados pelos participantes na unidade de saúde, a consulta a protocolos clínicos, livros e artigos, participação em atividades educativas ou programas de educação permanente e a opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde são os recursos mais utilizados, com um percentual de 66,6%, 61,1% e 55,4% respectivamente. (Tabela 51)

Tabela 51. Recursos utilizados pelos participantes na unidade de saúde (n=350).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros dentistas	94	26,9
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	194	55,4
Consulta remota com outros dentistas (redes sociais, e-mail, telefone)	111	31,7
Consulta remota com outros profissionais de saúde (redes sociais, e-mail, telefone)	70	20,0
Telessaúde	104	29,7
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	233	66,6
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	214	61,1
Outro	34	9,7

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Quando solicitado aos respondentes que indicassem quais atividades atualmente executadas por dentistas especialistas eles estariam dispostos a realizar na APS, 343 dentistas responderam à questão, sendo que 55 (16,0%) declararam que não estariam dispostos a realizar nenhuma atividade:

> Atribuir excesso de procedimentos aos profissionais da atenção básica, inerentes a outros especialistas, parece ser uma maneira de "tapar o sol com a peneira", pois o entrave se encontra na atenção secundária e terciária de toda a Rede de Atenção à Saúde, não só na área odontológica. (Desista, Sul)

> [...] Acredito que se deve investir numa atenção básica de qualidade e numa atenção secundária (no meu caso, os CEOs) mais presente e próxima. Assim, cada um desempenhando a sua função, chegaremos a um lugar comum, o sucesso da odontologia na saúde pública. (Dentista, Nordeste)

> Como especialista em endodontia acredito que as atividades realizadas por especialistas devem continuar sendo realizada por especialistas, afinal possuem uma capacitação diferenciada para realização destes procedimentos - Obrigar o clínico geral a realizar estas atividades é um desrespeito ao especialista e também ao clínico que estará sendo sobrecarregado. (Dentista, Norte)

> Possuo três especialidades odontológicas e não gostaria de atuar em nenhuma delas. A minha inserção na estratégia da saúde da família tem um olhar para fora dos muros da unidade de Saúde. A minha aposta é criar visibilidade ao trabalho invisível no encontro com meu paciente dentro e fora da unidade, objetivando a produção de um cuidado em saúde com formação de vínculo, potencializando sua autonomia no cuidado em si. O objetivo central do meu trabalho é a lógica da multiplicidade, objetivando a singularidade dos sujeitos e suas possibilidades existenciais e suas conexões sociais. Quando os usuários adentram os serviços de saúde, junto de si carregam um mundo de possibilidades, uma rede existencial rica, que nos afeta criando novas formas de produzir o cuidado em saúde. (Dentista, Sudeste)

Um dentista acrescenta ainda a necessidade de um tempo para atividades de prevenção e promoção da saúde, o que seria dificultado, ao desempenhar mais atividades especializadas:

> [...] o escopo da atenção primária já é muito amplo e não tem como prender mais ainda o dentista no consultório odontológico. Aumentar a carga de procedimentos curativos, diminui a tempo de atividades de prevenção e promoção da saúde. (Dentista, Sudeste)

As atividades que estariam dispostos a realizar, relatadas com maior frequência pelos dentistas, foram relacionadas à endodontia (31,2%), próteses (25,1%), radiologia (16,0%), ortodontia (12,2%) e periodontia (11,7%).

> Endodontia, pois a falta de um serviço de referência pelo SUS para a realização deste procedimento (aqui no município) faz com que muitos pacientes sem condições de realizar o tratamento particular optem por extrair dentes que poderiam ter o tratamento realizado. (Dentista, Sul)

As condições impostas para a realização dos procedimentos incluíram: disponibilidade de materiais, capacitação adequada, valorização financeira e redução do número de pacientes, de forma a possibilitar maior tempo de atendimento com consequente melhoria no serviço prestado: *"Desde que estivesse uma demanda adequada. Existe uma demanda muito superior ao estimado o que reflete nas práticas e ações desenvolvidas"*.

Foi apresentada a seguinte informação aos dentistas "Nos Estados Unidos, os dentistas que atuam na atenção primária, principalmente em áreas rurais e remotas, realizam atividades como cirurgias, colocação de coroa e endodontia". Em seguida foi perguntado aos participantes se estariam dispostos a desempenhar essas atividades, no Brasil. O total de 356 dentistas respondeu a esta questão, sendo que 72 indivíduos (22,2%) informaram que não estariam dispostos, principalmente porque consideram que essas atividades devem ser realizadas na atenção secundária; porque não existem condições de trabalho adequadas para realização destes procedimentos; por já estarem sobrecarregados no trabalho; por falta de remuneração adequada e valorização profissional e por se sentirem despreparados. Alguns declararam, ainda, que não estariam dispostos, por motivos pessoais.

> Não. Como especialista em Saúde da Família tenho dedicado esforços para a prevenção e promoção da saúde bucal para população, pois acredito que através da educação , informação e acesso poderemos diminuir no futuro o número de cirurgias , coroa e endodontia. Acredito que tais procedimentos devem ser executados por profissionais lotados em Centro de Especialidades Odontológicos , pois foram concursados para desempenhar essa atividade. (Dentista, Sudeste)

> Acho que a demanda por procedimentos básicos ainda é muito grande na atenção primária. Procedimentos especializados levam mais tempo e não faz sentido realizá-los na atenção básica (Dentista, Centro-Oeste)

> Nunca nos valorizaram na atenção primária para realizarmos os procedimentos da AP, como iriam nos recompensar para realizarmos os demais procedimentos especializados? (Dentista, Nordeste)

> Já atuei na área rural do meu Município. Por experiência própria, considero que levar o profissional para atender em áreas distantes, no meu caso, mais de 30 Km em estrada de chão, sem ter estrutura adequada é insano. Fazia exodontias e rezava para o paciente não ter uma reação à anestesia, hemorragia, ou qualquer outra intercorrência, pois não teria como transportá-lo a tempo para o pronto socorro, e mais difícil ainda: aguardar a ambulância do SAMU. Levar atendimento às áreas muito remotas é quase hipocrisia, se ocorre tudo bem, se o profissional se arrisca a realizar procedimentos invasivos/cirúrgicos e ocorre como planejado, ótimo, não fez mais do que a obrigação. Mas se, infelizmente, a história acontece de outra maneira, de quem é a responsabilidade?(...) (Dentista, Sul)

> Não, porque o salário que recebo não é apropriado para realizar procedimentos mais complexos e também não tenho liberação e incentivo para me especializar e me sinto despreparada. (Dentista, Sul)

Dentre os que estariam dispostos, foram citadas como condições fundamentais para realização dessas atividades, principalmente a necessidade de condições de trabalho adequadas, que inclui tanto a infraestrutura física, quanto a disponibilidade de matérias e insumos, bem como um aumento salarial e capacitação e/ou especialização profissional. Foi citada ainda, em menor escala, a importância da valorização profissional por parte da gestão, a redução da demanda e sobrecarga de trabalho, o estabelecimento de protocolos clínicos e o apoio e respaldo legal da gestão.

> Sim. Gostaria que fosse fornecido cursos de capacitação/aperfeiçoamento profissional para termos mais segurança para realizar alguns procedimentos (cirurgia de dente incluso, endodontia e próteses) pois a graduação não é suficiente para aprender tudo e as especializações são bastante onerosas. (Dentista, Nordeste)

> Sim, estaria disposto, mas seria necessário cursos oferecido pelos gestores para capacitar os profissionais para realizar determinados procedimentos, além disso aumentar a carga horária de atendimento pois são procedimentos mais complexos e demorados e consequentemente seria necessário o aumento da remuneração salarial. (Dentista, Nordeste)

> Sim. Desde que as condições de infraestrutura, material e instrumental fosse favorável. E se houvesse um salário mais digno. Sou à favor de dedicação exclusiva à atenção primária, porém mediante um salário digno equiparado ao do médico especialista. (Dentista, Sul)

> Olhe amo minha profissão, e diga- se de passagem antigamente era pra poucos o atendimento odontológico; achei maravilhoso a entrada dos cirurgiões dentista na equipe da atenção básica, o que eu acho injusto, e a desvalorização da mão de obra pelo mísero salários pagos desestimulando os profissionais da área. Se fosse reconhecido acharia válido a execução desses procedimentos, haja vista, quem ganharia era a população. (Dentista, Nordeste)

> Não gostaria de fazer esses procedimentos sem uma aumento salarial significativo dado que os dentistas da atenção básica tem cada vez mais atribuições que os especialistas e estes tem uma condição salarial duplamente superior a nossa da atenção básica. (Dentista, Sul)

> Quando houver mais reconhecimento e valorização da profissão! Médicos de UBS na sua maioria, trabalha menos de 20h, apenas receitando, muitas vezes nem olha ou toca no paciente e recebe o melhor salário (em média R$ 10.000,00). Dentistas e enfermeiros são os que realizam procedimentos, estão em risco eminente de contaminação, condições insalubres de trabalho, no caso dos dentistas...fazem cirurgias, tratamentos restauradores entre outras coisas mais..e recebem em média R$ 2.000,00 por 40h semanais. Não tem conforto, não tem segurança no trabalho, não tem material de qualidade, não tem infraestrutura, não tem equipamentos e instrumentais necessários e suficientes, não temos técnicas ou auxiliares competentes...entre tantos outros problemas. (Dentista, Nordeste)

Entre os participantes que demonstraram intenção de realizar tais procedimentos, alguns especificaram que estariam dispostos a realizar ou cirurgia, ou colocar coroa ou atividades relacionadas à endodontia.

> Cirurgias sim, porém a infra-estrutura teria que ser bem melhor, por exemplo, brocas especificas para cirurgias, bomba à vácuo, mais de uma alta rotação, campos estéreis, material e instrumental de melhor qualidade. (Dentista, Centro-Oeste)

> Endodontia, com protocolos bem definidos e todo material e instrumental necessários. (Dentista, Sul)

> Apenas a colocação de coroa, considerando uma estrutura adequada para execução. (Dentista, Sudeste)

> Já realizo cirurgias e estaria disposta a realizar endodontias, mas prótese acredito que necessita uma dedicação maior, o que reduz os outros atendimentos. (Dentista, Sul)

Finalmente, foi solicitado aos participantes que indicassem, a partir de uma lista de 27 procedimentos e atividades de saúde, quais estariam dispostos a delegar para técnicos de saúde bucal mediante treinamento e sem considerar a atual legislação. Os resultados indicaram que mais de 50% dos dentistas concordam que 18 procedimentos não poderiam ser realizados por técnicos de saúde bucal, sob nenhuma circunstância. Entre eles, destacam com porcentagens mais altas (entre 96 a 100%), a endodontia unirradicular, endodontia de molares, biópsia, anestesia, esvaziamento de canal e coroa. Cerca de 50% dos respondentes delegariam, sob a supervisão direta, a colocação de material restaurador, o selante oclusal e polimento coronário. Respectivamente 29,4%, 25,4% e 22,9% dos respondentes acreditam que técnicos de saúde bucal poderiam aplicar flúor, realizar radiografia e retirar sutura (Tabela 52).

Tabela 52 - Percepção dos dentistas sobre quais procedimentos, atividades de saúde podem ser delegados para técnicos de saúde bucal.

Procedimentos, atividades de saúde	COM supervisão DIRETA	COM supervisão INDIRETA	NÃO poderia ser realizada	SEM supervisão do dentista	TOTAL
	%	%	%	%	N
Anestesia	2,3	-	97,7	-	350
Aplicação tópica de flúor	34,3	31,4	4,9	29,4	350
Atendimento de urgências	3,2	0,9	96	-	349
Biópsia	1,7	0	98	0,3	347
Clareamento	19,9	6	73,3	0,9	352
Colocação de material restaurador	56,4	9,4	31,9	2,3	351
Coroa (prótese fixa unitária)	2,3	0,9	96,6	0,3	349
Diagnóstico pulpar	8,7	3,2	87,6	0,6	346
Endodontia de molares	0,9	0,3	98,8	-	345
Endodontia unirradicular	-	-	100	-	347
Esvaziamento de canal (pulpar)	2,9	0,3	96,8	-	348
Extração de dente decíduo	8,1	2,6	88,4	0,9	344
Extração de dente permanente	2	1,2	96,5	0,3	346
Moldagem	40,1	21,8	23,5	14,6	349
Ortodontia preventiva	4,3	1,2	94,2	0,3	346
Polimento coronário	48,7	17,7	16,8	16,8	351
Preparo cavitário	14,3	1,7	83,4	0,6	349
Próteses removíveis (total ou parcial)	11	2	86,4	0,6	346
Pulpotomias	3,2	0,6	96,2	-	346
Radiografia (periapical, bitewing)	37,3	28,2	9,1	25,4	351
Raspagem subgengival	16,7	4,6	76,1	2,6	347
Raspagem supragengival	39,4	14,4	38,8	7,4	353
Realizar sutura	18,6	4,6	74,8	2	345
Restauração atraumática	40,1	10,9	44,4	4,6	349
Retirar sutura	38,9	31,1	7,1	22,9	350
Selante oclusal	49,9	17,1	26,8	6,3	351
Sondagem de bolsa (periodontal)	27,5	10,7	57,8	4	346

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Fisioterapeutas

Foi apresentada uma lista com 30 procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na unidade de saúde aos participantes. A partir disso, foi solicitado a eles que indicassem se realizam ou sabem realizar tais procedimentos, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. A média de realização pelos fisioterapeutas foi de 19,2±6,8, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 25,2±5,2.

Mais da metade dos fisioterapeutas participantes sabem realizar 28 dos 30 procedimentos, sendo que mais de 80% relataram saber realizar um total de 26. Quanto a realizar de fato, apenas 22 dos 30 procedimentos são realizados por mais da metade dos fisioterapeutas participantes. O procedimento menos realizado (6,1%) é a acupuntura, que também é o que os profissionais menos sabem realizar (apenas 18,8%). (Tabela 53)

As tabelas 54 e 55 são relativas ao nível de confiança e à principal forma de aprendizagem em relação aos procedimentos. Através dessas tabelas é possível identificar que mais de 64% dos profissionais tem um nível de confiança de médio a alto em todos os procedimentos, sendo os procedimentos que geram mais insegurança, o de prevenção e tratamento de aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinência urinária e fecal decorrentes do parto, com 35,8% dos profissionais afirmando terem nível baixo de confiança. E os procedimentos que mais de 80% dos profissionais relataram alta confiança são as práticas de cinesioterapia e o tratamento de paciente com dor lombar. (Tabela 54)

Quanto à principal forma de aprendizagem, 22 dos 30 procedimentos foram aprendidos na graduação por mais da metade dos fisioterapeutas, e o que apresentou a menor porcentagem de aprendizado na graduação (acupuntura, com 8,3%), teve sua maioria na especialização (61,1%). A realização de referência e contrarreferência foi o procedimento que obteve percentual mais alto na aprendizagem “sozinho” e “com outro profissional”, com 19,1% e 29,9% respectivamente. O equivalente a 21,7% relataram ter aprendido esse procedimento na capacitação do trabalho (Tabela 55).

Tabela 53 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na unidade de saúde e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer, independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS	Sabem realizar	TOTAL
	%	%	N
Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses	66,9	94	251
Acompanhar adolescentes com complicações decorrentes de acidente ou violência doméstica ou urbana.	34,4	64,8	247
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório	61,7	91,9	248
Estimular atividades funcionais com vistas ao crescimento e desenvolvimento da criança	61,3	91,5	248
Estimular precocemente o desenvolvimento neuromotor em crianças	69,9	95,2	249
Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER)	77	96,4	252
Identificar perda de sensibilidade em pacientes diabéticos (neuropatia diabética)	75,4	96	252
Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil	73,8	94,4	248
Orientar e tratar disfunções cinesiológico-funcionais decorrentes de intervenções oncológicas	59,7	84,7	248
Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional	96	100	248
Orientar os pais ou cuidadores quanto aos cuidados em casos de doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	73,1	92,8	249
Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto o manejo dos sintomas	63,4	87,8	246
Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas	71,5	94,4	249
Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil	69,9	93,9	246
Orientar quanto a prevenção de doenças osteomioarticulares relacionada ao trabalho (DORT).	83,1	99,2	249
Orientar sobre ergonomia nas atividades diárias	87,1	98,4	249
Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista	49,2	80,8	250
Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto	32,9	68,3	246
Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do “estirão do crescimento”	65,5	91,2	249
Realizar ações de promoção e prevenção de lesões relacionadas ao esporte	50,8	90,7	248
Realizar acupuntura	6,1	18,8	245
Realizar grupos operativos	76,1	89,5	247
Realizar práticas de cinesioterapia	94,9	100	254
Realizar referência e contrarreferência de pacientes	81,4	91,1	247
Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia)	27,9	45,8	251
Reeducar o assoalho pélvico	48,4	81,6	250
Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas	91	100	255
Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	70,4	95,2	250
Tratar paciente com dor crônica	92,2	100	256
Tratar paciente com dor lombar	87,2	100	257

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 54 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses	17,3	50,6	32,1	168
Acompanhar adolescentes com complicações decorrentes de acidente ou violência doméstica ou urbana.	30,5	52,4	17,1	105
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório	19,9	45,3	34,8	161
Estimular atividades funcionais com vistas ao crescimento e desenvolvimento da criança	17,5	50,6	31,8	154
Estimular precocemente o desenvolvimento neuromotor em crianças	13,5	40,6	45,9	170
Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER)	4,6	48,0	47,4	175
Identificar perda de sensibilidade em pacientes diabéticos (neuropatia diabética)	14,9	48,6	36,6	175
Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil	18,7	45,0	36,3	171
Orientar e tratar disfunções cinesiológico-funcionais decorrentes de intervenções oncológicas	22,1	58,4	19,5	149
Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional	1,1	22,6	76,3	177
Orientar os pais ou cuidadores quanto aos cuidados em casos de doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	13,1	52,4	34,5	168
Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto o manejo dos sintomas	24,2	51,0	24,8	153
Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas	13,9	48,8	37,3	166
Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil	14,2	45,1	40,7	162
Orientar quanto a prevenção de doenças osteomioarticulares relacionada ao trabalho (DORT).	4,6	32,0	63,4	175
Orientar sobre ergonomia nas atividades diárias	5,1	38,2	56,7	178
Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista	28,6	49,3	22,1	140
Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto	35,8	50,0	14,2	120
Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do “estirão do crescimento”	13,8	46,5	39,6	159
Realizar ações de promoção e prevenção de lesões relacionadas ao esporte	15,3	51,0	33,8	157
Realizar acupuntura	27,0	29,7	43,2	37
Realizar grupos operativos	7,7	44,2	48,1	156
Realizar práticas de cinesioterapia	1,1	14,7	84,2	184
Realizar referência e contrarreferência de pacientes	8,2	41,5	50,3	159
Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia)	19,3	59,0	21,7	83
Reeducar o assoalho pélvico	28,2	52,3	19,5	149
Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas	4,8	38,8	56,4	188
Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	14,4	56,3	29,3	174
Tratar paciente com dor crônica	1,1	30,1	68,8	186
Tratar paciente com dor lombar	1,1	16,5	82,4	188

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 55 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação do trabalho	Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/ Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses	9,0	4,2	58,4	6,6	12,7	9,0	-	-	166
Acompanhar adolescentes com complicações decorrentes de acidente ou violência doméstica ou urbana.	11,9	28,7	35,6	10,9	7,9	5,0	-	-	101
Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório	6,3	6,3	52,5	1,3	12,5	18,8	0,6	1,9	160
Estimular atividades funcionais com vistas ao crescimento e desenvolvimento da criança	3,2	5,2	70,3	1,9	8,4	9,7	-	1,3	155
Estimular precocemente o desenvolvimento neuromotor em crianças	3,0	3,0	64,1	4,8	15,0	7,8	0,6	1,8	167
Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER)	4,0	2,9	60,3	5,2	13,8	13,2	-	0,6	174
Identificar perda de sensibilidade em pacientes diabéticos (neuropatia diabética)	4,7	12,2	54,1	13,4	11,0	2,9	0,6	1,2	172
Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil	4,1	4,7	67,1	5,3	9,4	8,8	0,6	-	170
Orientar e tratar disfunções cinesiológico-funcionais decorrentes de intervenções oncológicas	9,5	4,1	66,2	4,1	9,5	4,7	1,4	0,7	148
Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional	10,9	4,6	50,9	3,4	13,7	13,7	1,1	1,7	175
Orientar os pais ou cuidadores quanto aos cuidados em casos de doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	6,0	6,6	63,9	1,8	6,6	13,9	1,2	-	166
Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto o manejo dos sintomas	2,0	6,6	68,2	2,0	6,0	12,6	0,7	2,0	151
Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas	2,4	3,7	65,2	3,0	6,7	15,2	1,8	1,8	164
Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil	5,0	3,8	70,0	5,0	5,6	8,1	1,3	1,3	160
Orientar quanto a prevenção de doenças osteomioarticulares relacionada ao trabalho (DORT).	5,2	3,4	64,4	2,3	10,9	12,6	-	1,1	174
Orientar sobre ergonomia nas atividades diárias	6,3	5,1	63,4	4,0	13,1	6,9	0,6	0,6	175
Prescrever órteses sem a avaliação prévia de um ortopedista	5,8	8,6	50,4	10,8	16,5	7,9	-	-	139
Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto	3,5	3,5	67,3	3,5	16,8	5,3	-	-	113
Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do "estirão do crescimento"	2,5	1,3	66,0	1,9	17,6	10,1	-	0,6	159
Realizar ações de promoção e prevenção de lesões relacionadas ao esporte	5,1	4,5	60,9	1,9	11,5	16,0	-	-	156
Realizar acupuntura	0,0	2,8	8,3	5,6	22,2	61,1	-	-	36
Realizar grupos operativos	17,9	18,6	30,1	10,9	11,5	7,7	2,6	0,6	156
Realizar práticas de cinesioterapia	2,2	1,6	60,7	0,5	14,8	19,7	-	0,5	183
Realizar referência e contrarreferência de pacientes	19,1	29,9	18,5	21,7	2,5	5,7	1,9	0,6	157
Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia)	1,2	11,1	23,5	2,5	35,8	25,9	-	-	81
Reeducar o assoalho pélvico	4,2	2,1	70,1	2,8	17,4	3,5	-	-	144
Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e traumato-ortopédicas	3,7	2,7	48,7	1,1	15,5	26,7	-	1,6	187
Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças	2,9	5,2	60,3	2,3	14,9	12,6	0,6	1,1	174
Tratar paciente com dor crônica	5,4	4,3	44,1	3,2	16,7	23,1	1,6	1,6	186
Tratar paciente com dor lombar	4,3	2,1	43,6	3,2	21,8	22,9	1,1	1,1	188

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

O *Teste de Mann Whitney* revelou que não houve diferenças significativas com relação aos procedimentos realizados pelos fisioterapeutas nas unidades de saúde para nenhuma das variáveis testadas. Com relação ao número de procedimentos que os fisioterapeutas sabem realizar, independente do local de atuação, os indivíduos do sexo feminino (26,2±3,5) declararam saber realizar mais procedimentos do que aqueles do sexo masculino (23,6±6,3). (Apêndice B)

Com relação aos motivos para a não realização dos procedimentos que os participantes declararam saber fazer na unidade de saúde, a maioria (70,9%) respondeu que é devido à falta de materiais e à infraestrutura inadequada. Apenas 1,2% dos entrevistados disseram que a razão para a não realização dos procedimentos é por motivos pessoais (tabela 56).

Com relação à rotina de trabalho, 66% dos entrevistados indicaram que estão sobrecarregados, sendo a grande maioria (50,2%) porque considera que a demanda de serviços é alta (tabela 57).

Tabela 56. Motivos para não realização dos procedimentos que os participantes sabem fazer, na unidade de saúde (n=244).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	173	70,9
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	83	34,0
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	41	16,8
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	39	16,0
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	10	4,1
Prefiro não realizar por motivos pessoais	3	1,2
Sobrecarga de trabalho	69	28,3
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	44	18,0
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	44	18,0
Outro	33	13,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 57. Situação de trabalho atual dos participantes na unidade de saúde (n=235).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	15	6,4
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	22	9,4
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	118	50,2
Eu não estou sobrecarregado	52	22,1
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	28	11,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

No que diz respeito à disponibilidade de encaminhamento a serviços especializados, 25,6% dos fisioterapeutas participantes avaliaram como "nem ruim, nem boa", mas a maior parte (44,1%) avaliou como boa ou muito boa (tabela 58).

Os recursos de apoio mais utilizados pelos fisioterapeutas durante a rotina de trabalho são a opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde (82,8%), consulta remota com outros profissionais de saúde (redes sociais, e-mail, telefone) (61,1%) e Telessaúde (56,7%), enquanto os recursos menos utilizados são a consulta a protocolos clínicos, livros e artigos, com 7,9%, e a consulta remota com outros fisioterapeutas (redes sociais, e-mail, telefone), com 18,7% (tabela 59).

Tabela 58. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=207).

Avaliação	N	%
Muito ruim	36	17,4
Ruim	6	2,9
Nem ruim, nem boa	53	25,6
Boa	37	17,9
Muito boa	75	36,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 59. Recursos utilizados pelos participantes na unidade de saúde (n=207).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros fisioterapeutas	107	52,7
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	168	82,8
Consulta remota com outros fisioterapeutas (redes sociais, e-mail, telefone)	38	18,7
Consulta remota com outros profissionais de saúde (redes sociais, e-mail, telefone)	124	61,1
Telessaúde	115	56,7
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	16	7,9
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	107	52,7
Outro	168	82,8

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Foi solicitado que os entrevistados indicassem atividades atualmente privativas de médicos que estariam dispostos a realizar no âmbito da APS. O equivalente a 33,1% dos 172 fisioterapeutas que responderam a esta questão afirmaram não estar disposto a desempenhar nenhuma atividade além do escopo atual da fisioterapia. O fator relacionado à regulação profissional foi colocado como principal justificativa.

> Nenhuma, acredito que cada classe tem atividades privativas, que devem ser respeitados, a autonomia é uma das brigas de nossa classe, para exercemos nosso trabalho sem que o médico interfira diretamente ou qualquer outro profissional de saúde. É preciso haver respeito mútuo em buscar de um bem maior, que é a saúde dos nossos clientes. (Fisioterapeuta, Nordeste)

> Devemos seguir o que preconiza cada conselho, e algumas atividades são privativas a cada profissional, e por isso trabalhamos em equipe a fim de poder oferecer um cuidado integral ao usuário. (Fisioterapeuta, Norte)

Um dos entrevistados ressaltou a importância da autonomia profissional, relacionada à capacidade do fisioterapeuta identificar e tratar condições a partir de um diagnóstico cinesiofuncional, de forma independente do diagnóstico clínico, do médico:

> O médico é o profissional habilitado para diagnóstico clinico, prescrição de medicamentos, cirurgias, dentre outros. Sou satisfeita com as atribuições que o fisioterapeuta pode exercer no seu campo de trabalho, entretanto os encaminhamentos médicos para o paciente realizar tratamento de fisioterapia são desnecessários, já que o fisioterapeuta tem seu próprio diagnostico cinesiológico e é habilitado para tratar funcionalmente o paciente. (Fisioterapeuta, Noderste)

Os demais respondentes que indicaram intenção em realizar atos hoje privativos da medicina, apontaram a solicitação e interpretação de exames, principalmente os de raio-x, ultrassom e eletrocardiograma (29,0%), seguido pelo encaminhamento de pacientes a outros profissionais (15,1%), prescrição medicamentosa ou de suporte respiratório, como oxigenioterapia (5,8%), prescrição de órteses e próteses (5,2%) e diagnóstico clínico funcional (4,6%).

> As questões referentes à prescrição de medicação, nos casos de pacientes crônicos que já fazem uso da medicação e em casos simples que não necessitam de atenção médica especializada, pois nós que temos formação em Fisioterapia pagamos disciplinas de Farmacoterapia, talvez isso pudesse ser aprimorado através de cursos nos credenciando a esta função. (Fisioterapeuta, Nordeste)

> Alguns pedidos de exames, como raio x e ultrassonografia, principalmente para casos ortopédicos, encaminhamentos para o serviço de fisioterapia ambulatorial, já que para isso, precisamos de assinatura e carimbo do médico. (Fisioterapeuta, Sudeste)

> Através da minha avaliação, realizar prescrição de alguns exames e talvez de algumas medicações referente ao diagnóstico cinesiofuncional. (Fisioterapeuta, Nordeste)

> Diagnóstico (incluindo interpretação de exames laboratoriais e/ou de imagens do tipo RX, US, TC e RM) e tratamento em patologias que demandem atendimento fisioterápico. (Fisioterapeuta, Sudeste)

Muitos respondentes enfatizaram a necessidade de condições adequadas à realização dessas atividades, o que inclui capacitação profissional, e remuneração apropriada. Outros afirmaram já realizar algumas atividades em sua rotina de trabalho, e o impacto disso para o serviço de saúde em seu município:

> Anteriormente, apenas os clínicos podiam encaminhar pacientes para os centros de reabilitação municipal. Atualmente, graças à presença de fisioterapeutas na atenção básica de saúde que realizam avaliação qualificada e diagnóstico funcional, o sistema de regulação permite que fisioterapeutas dos NASF direcionem pacientes para atenção especializada, priorizando o atendimento. Encaminhamentos clínicos desqualificados não são priorizados no sistema regulador. (Fisioterapeuta, Sudeste)

Foi apresentada a seguinte informação aos fisioterapeutas "Desde o ano de 2012, no Canadá os fisioterapeutas podem realizar o tratamento de feridas profundas (abaixo da derme), utilizando técnicas como limpeza, cálculo da área lesionada, desbridamento e prescrição de curativo". Em seguida foi perguntado aos participantes se estariam dispostos a desempenhar essas atividades, no Brasil. O total de 201 fisioterapeutas respondeu a esta questão, sendo que 46 indivíduos (22,8%) informaram que não estariam dispostos, principalmente porque não se consideram capacitados e que essas atividades devem ser realizadas por enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Alguns declararam, ainda, que não estariam dispostos por razões pessoais.

> Não acredito que seria necessário uma vez que a enfermagem já executa esse procedimento com mais conhecimento que os fisioterapeutas e é mais fácil ter enfermeiro em áreas rurais/remotas que fisioterapeutas. (Fisioterapeuta, Centro-Oeste)

> Essa prática é de atividade dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros. Isso seria uma falta de respeito que desempenham está atividade e que deveriam ser valorizados por exercer está técnica tão dignamente e por isso não concordo em realizar tais atividades, uma vez que queremos autonomia e não intervenção de outras áreas na nossa, assim devemos proceder. (Fisioterapeuta, Nordeste)

Dentre aqueles que estariam dispostos, foram citadas como condições fundamentais para realização dessas atividades, principalmente a adequação do local de trabalho e existência de materiais necessários, bem como uma adequação da remuneração salarial e capacitação e/ou especialização profissional. Foi colocado ainda, por alguns

profissionais, que estariam dispostos a realizar essas atividades, somente na ausência de outro profissional mais qualificado, a exemplo do enfermeiro. A importância da valorização profissional, a redução da demanda e sobrecarga de trabalho e o apoio e respaldo legal também foram apontados como condições primárias à ampliação do escopo.

> Apenas em último caso, se o enfermeiro não pudesse acompanhar e caso tivesse que executar algum tratamento que me compete, como laser, ultrassom e orientações diversas. (Fisioterapeuta, Sudeste)
>
> se houvesse treinamento adequado e fosse aceito como sendo uma ação a ser desempenhada no âmbito da profissão de fisioterapeuta e regulamentada pelos nossos conselhos federais e regionais, sim. (Fisioterapeuta, Sudeste)
>
> Sim. Nos deparamos com inúmeros casos de úlceras de decúbito e não temos autonomia nem estrutura física nas unidades para tratar esses paciente (Fisioterapeuta, Sudeste)
>
> Certamente estaria, pois realizo também procedimentos direcionados aos tratamento de ulceras, e os procedimentos acima citados são de inteira possibilidade de atuação do fisioterapeuta. O faria, sempre que necessário. (Fisioterapeuta, Centro-Oeste)

Farmacêuticos

Foi apresentada uma lista de 47 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar o procedimento, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. A média de realização pelos farmacêuticos participantes foi de 19,3±8,7, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 33,7±9,1.

A Tabela 60 apresenta a lista desses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de farmacêuticos que indicaram fazê-los nas UBS e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. É possível observar uma heterogeneidade na prática do profissional farmacêutico na APS, evidenciada pelo fato de que apenas 18 procedimentos e ações de saúde foram indicados como realizados por 50% ou mais dos participantes, sendo apenas "Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo" citado por mais de 90% dos profissionais. Os procedimentos e ações mais realizados envolvem tanto ações direcionadas à gestão como "Realizar inventário de estoque" e "Controlar a validade de medicamentos", quanto direcionadas ao cuidado ao paciente, como "Dispensar medicamentos alopáticos" e "Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde".

Este resultado contrasta com a informação de que 50% dos participantes relataram saber fazer 40 dos 47 procedimentos, atividades e ações de saúde listados. Dentre os sete itens remanescentes, chama à atenção a prescrição de medicamentos que exigem prescrição médica, uma vez que esta atividade é apontada em diversos estudos para a expansão do escopo de prática do farmacêutico. Entre os procedimentos que mais de 90% dos farmacêuticos relataram saber fazer, mas menos de 50% faz na UBS, encontram se: "aferir temperatura", "aferir glicemia capilar" e "interpretar exames laboratoriais".

As tabelas 61 e 62 apresentam o nível de confiança (baixo, médio e alto) e a principal forma de aprendizagem (sozinho, com outro profissional, curso de capacitação/aperfeiçoamento, especialização, mestrado/doutorado e residência) em relação aos procedimentos, atividades e ações de saúde que os farmacêuticos realizam na UBS ou sabem realizar.

Observa-se que os participantes declararam possuir um nível de confiança média e alta para a maioria dos procedimentos listados, com destaque para aqueles relacionados à gestão. Mais de 80% dos respondentes declararam ter nível de confiança alto para as atividades de gestão de "Controlar a validade de medicamentos", "Realizar inventário de estoque", "Dispensar medicamentos alopáticos", "Controlar a umidade e a temperatura do estoque", "Distribuir medicamentos" e para as atividades clínicas de "aferir temperatura" e "orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos no SUS". Destes, apenas "Aferir temperatura" não é realizado por mais de 50% dos entrevistados (Tabela 61).

As atividades que os farmacêuticos relataram menor nível de confiança foram em sua maioria relacionadas a atividades clínicas, destacando-se a Solicitar e interpretar exames de imagem (47,1% e 50,0%, respectivamente e realizar punção arterial (47,4%) e punção venosa (38,6%) (tabela 61). A graduação foi apontada como a principal forma de aprendizado para a maioria dos procedimentos listados. Curso de capacitação ou aperfeiçoamento foi a principal forma de aprendizado para treze atividades: "Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação" (50,9%), "Solicitar exames de imagem" (45,4%), "Acompanhamento farmacoterapêutico" (37,5%), "Consulta farmacêutica" (36,4%), "Interpretar exames de Imagem" e "Realizar acolhimento" (35,7%), "Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo" (34,0%), "Administrar medicamentos injetáveis" (32,7%), "Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo" (31,8%), "Participar da confecção de projetos terapêuticos" (31,3%), "Notificar à ANVISA queixas técnicas" (30,3%), "Realizar interconsultas" (28,7%) e "Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família" (23,4%). Já a especialização foi apontada como principal fonte de aprendizado para cinco itens: "Realizar acupuntura" (85,7%) e prescrever medicamentos que exigem prescrição médica (pacientes não diagnosticados – 38,9% e pacientes já diagnosticados - 34,5%), "Elaborar lista de medicamentos padronizados" (29,0%) e "Qualificar fornecedores" (27,7%). O aprendizado com outro profissional foi citado para "Perfurar lóbulo auricular" (37,5%), "Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde" (37,0%) e "Participar de grupos de promoção à saúde" (27,4%). Já o "Aprendeu sozinho" foi a principal forma apontada para a realização de "Notificar à ANVISA reações adversas" (26,3%) (tabela 62).

Tabela 60 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados, na unidade de saúde, de procedimentos que os participantes declaram saber fazer independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na Unidade %	Sabem realizar %	TOTAL n
Elaborar lista de medicamentos padronizados	54,5	86,4	88
Programar o abastecimento de medicamentos	69,7	88,8	89
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	29,2	64,0	89
Qualificar fornecedores	22,5	61,8	89
Notificar à ANVISA reações adversas	42,0	84,1	88
Notificar à ANVISA queixas técnicas	40,7	82,6	86
Distribuir medicamentos	75,0	94,3	88
Realizar inventário de estoque	84,3	91,0	89
Controlar a umidade e a temperatura do estoque	77,3	90,9	88
Dispensar medicamentos alopáticos	80,5	90,8	87
Dispensar medicamentos fitoterápicos	40,9	83,0	88
Dispensar medicamentos homeopáticos	12,8	62,8	86
Fracionar medicamentos	42,5	86,2	87
Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde	28,1	73,0	89
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	36,0	71,9	89
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	21,6	78,4	88
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados por médico	4,8	47,6	84
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados por médicos	4,7	30,6	85
Consulta farmacêutica	49,4	82,4	85
Acompanhamento farmacoterapêutico	51,8	83,5	85
Solicitar exames laboratoriais	17,9	73,8	84
Interpretar exames laboratoriais	44,2	90,7	86
Solicitar exames de imagem	4,7	28,2	85
Interpretar exames de imagem	8,2	25,9	85
Realizar visitas domiciliares	53,5	88,4	86
Executar procedimentos de inalação e nebulização	19,5	65,5	87
Realizar punção venosa	16,7	65,5	84
Realizar punção arterial	8,4	27,7	83
Administrar medicamentos injetáveis	20,9	70,9	86
Aferir glicemia capilar	48,8	95,3	86
Aferir pressão arterial	52,3	96,5	86
Aferir temperatura	46,5	100,0	86
Perfurar lóbulo auricular	9,6	38,6	83
Realizar curativos de pequeno porte	14,0	51,2	86
Realizar acupuntura	3,6	11,9	84
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo	96,6	97,7	87
Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo	48,2	67,1	85
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde	75,6	95,3	86
Participar de grupos de promoção à saúde	73,6	97,7	87
Realizar acolhimento	70,2	89,3	84
Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde	59,5	84,5	84
Realizar coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade	62,8	90,7	86
Controlar a validade dos medicamentos da UBS	83,7	95,3	86
Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos	62,4	95,3	85
Participar da confecção de projetos terapêuticos	43,5	85,9	85
Realizar interconsultas (juntamente com outro profissional)	50,0	76,7	86
Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação	48,2	70,6	85

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

Tabela 61 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Elaborar lista de medicamentos padronizados	3,0	27,3	69,7	66
Programar o abastecimento de medicamentos	4,3	21,4	74,3	70
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	17,0	37,7	45,3	53
Qualificar fornecedores	19,6	41,2	39,2	51
Notificar à ANVISA reações adversas	8,2	44,3	47,5	61
Notificar à ANVISA queixas técnicas	13,1	39,3	47,5	61
Distribuir medicamentos	1,4	14,3	84,3	70
Realizar inventário de estoque	2,8	8,5	88,7	71
Controlar a umidade e a temperatura do estoque	0,0	13,0	87,0	69
Dispensar medicamentos alopáticos	1,5	10,3	88,2	68
Dispensar medicamentos fitoterápicos	15,9	27,0	57,1	63
Dispensar medicamentos homeopáticos	20,5	38,6	40,9	44
Fracionar medicamentos	13,8	29,2	56,9	87
Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde	32,1	43,4	24,5	53
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	25,5	31,4	43,1	51
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	19,3	40,4	40,4	57
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados por médico	18,8	37,5	43,8	32
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados por médicos	24,0	36,0	40,0	25
Consulta farmacêutica	13,6	44,1	42,4	59
Acompanhamento farmacoterapêutico	15,0	36,7	48,3	60
Solicitar exames laboratoriais	14,3	46,9	38,8	49
Interpretar exames laboratoriais	15,6	46,9	37,5	64
Solicitar exames de imagem	47,1	35,3	17,6	17
Interpretar exames de imagem	50,0	38,9	11,1	18
Realizar visitas domiciliares	15,3	40,7	44,1	59
Executar procedimentos de inalação e nebulização	23,8	42,9	33,3	42
Realizar punção venosa	38,6	27,3	34,1	44
Realizar punção arterial	47,4	21,1	31,6	19
Administrar medicamentos injetáveis	32,7	20,4	46,9	49
Aferir glicemia capilar	1,6	23,8	74,6	63
Aferir pressão arterial	9,4	21,9	68,8	64
Aferir temperatura	1,5	16,7	81,8	66
Perfurar lóbulo auricular	8,3	29,2	62,5	24
Realizar curativos de pequeno porte	27,3	48,5	24,2	33
Realizar acupuntura	14,3	14,3	71,4	7
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo	1,4	18,6	80,0	70
Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo	6,1	30,6	63,3	49
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde	4,5	28,8	66,7	66
Participar de grupos de promoção à saúde	4,6	40,0	55,4	65
Realizar acolhimento	15,8	42,1	42,1	57
Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde	11,9	47,5	40,7	59
Realizar coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade	4,7	32,8	62,5	64
Controlar a validade dos medicamentos da UBS	0,0	10,3	89,7	68
Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos	12,5	42,2	45,3	64
Participar da confecção de projetos terapêuticos	18,2	47,3	34,5	55
Realizar interconsultas (juntamente com outro profissional)	20,8	39,6	39,6	53
Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação	13,5	26,9	59,6	52

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

Tabela 62 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação/ Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/Doutorado	Total
	%	%	%	%	%	%	%	N
Elaborar lista de medicamentos padronizados	14,5	11,3	25,8	14,6	29	-	4,8	62
Programar o abastecimento de medicamentos	18,8	14,1	34,4	12,3	18,8	1,6	-	64
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	13	37	17,4	15,2	17,4	-	-	46
Qualificar fornecedores	19,1	17	21,3	14,9	27,7	-	-	47
Notificar à ANVISA reações adversas	26,3	7	19,3	24,6	22,8	-	-	57
Notificar à ANVISA queixas técnicas	28,6	7,1	16,1	30,3	17,9	-	-	56
Distribuir medicamentos	12,3	13,8	52,3	9,3	12,3	-	-	65
Realizar inventário de estoque	13,4	22,4	37,3	15	10,4	1,5	-	67
Controlar a umidade e a temperatura do estoque	18,2	12,1	56,1	6	7,6	-	-	66
Dispensar medicamentos alopáticos	4,7	14,1	62,5	9,3	7,8	-	1,6	64
Dispensar medicamentos fitoterápicos	5,1	6,8	59,3	20,3	8,5	-	-	59
Dispensar medicamentos homeopáticos	2,6	10,3	71,8	7,6	7,7	-	-	39
Fracionar medicamentos	14,8	14,8	50,8	14,7	4,9	-	-	61
Fazer diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde	10	12	32	16	26	2	2	50
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	19,1	6,4	21,3	23,4	23,4	2,1	4,3	47
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	8,9	3,6	33,9	25	26,8	1,8	-	56
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes já diagnosticados por médico	6,9	6,9	27,6	20,7	34,5	3,4	-	29
Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica de pacientes não diagnosticados por médicos	16,7	-	38,9	5,5	38,9	-	-	18
Consulta farmacêutica	7,3	1,8	20	36,4	32,7	1,8	-	55
Acompanhamento farmacoterapêutico	3,6	1,8	23,2	37,5	32,1	1,8	-	56
Solicitar exames laboratoriais	2,3	4,5	47,7	25	20,5	-	-	44
Interpretar exames laboratoriais	1,7	5	58,3	16,6	16,7	-	1,7	60
Solicitar exames de imagem	-	9,1	36,4	45,4	9,1	-	-	11
Interpretar exames de imagem	14,3	7,1	28,6	35,7	14,3	-	-	14
Realizar visitas domiciliares	10,5	24,6	14	28	21,1	1,8	-	57
Executar procedimentos de inalação e nebulização	12,2	29,3	34,1	14,6	9,8	-	-	41
Realizar punção venosa	2,5	7,5	60	25	5	-	-	40
Realizar punção arterial	5,9	17,6	64,7	-	11,8	-	-	17
Administrar medicamentos injetáveis	4,3	2,2	56,5	32,7	4,3	-	-	46
Aferir glicemia capilar	11,7	10	46,7	24,9	6,7	-	-	60
Aferir pressão arterial	3,3	16,7	61,7	13,3	3,3	1,7	-	60
Aferir temperatura	22,2	11,1	52,4	9,5	4,8	-	-	63
Perfurar lóbulo auricular	16,7	37,5	33,3	8,3	4,2	-	-	24
Realizar curativos de pequeno porte	6,5	35,5	45,2	9,6	3,2	-	-	31
Realizar acupuntura	-	-	-	14,3	85,7	-	-	7
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo	24,2	15,2	16,7	31,8	10,6	1,5	-	66
Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo	21,3	29,8	8,5	34	6,4	-	-	47
Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde	16,1	6,5	30,6	24,3	17,7	1,6	3,2	62
Participar de grupos de promoção à saúde	12,9	27,4	17,7	25,9	14,5	1,6	-	62
Realizar acolhimento	12,5	28,6	8,9	35,7	12,5	1,8	-	56
Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde	17,9	10,7	32,1	28,6	10,7	-	-	56
Realizar coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade	14,8	14,8	39,3	18	11,5	1,6	-	61
Controlar a validade dos medicamentos da UBS	23,8	6,3	60,3	4,8	4,8	-	-	63
Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos	14,8	16,4	26,2	23	18	1,6	-	61
Participar da confecção de projetos terapêuticos	11,8	13,7	19,6	31,3	21,6	2	-	51
Realizar interconsultas (juntamente com outro profissional)	12,2	26,5	16,3	28,7	14,3	2	-	49
Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação	9,8	25,5	2	50,9	11,8	-	-	51

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

O número de procedimentos realizados foi maior entre indivíduos que trabalham mais de 40 horas na unidade de saúde (38,5±12,0; 18,7±8,0). Não se observou diferenças quanto às demais variáveis avaliadas. Já com relação aos procedimentos que os farmacêuticos declararam saber fazer, observou-se maior média entre farmacêuticos do sexo masculino (37,8±6,3; 37,8±6,3), sem diferenças nas outras variáveis avaliadas. (Apêndice C)

A 'falta de materiais e a infraestrutura inadequada' foi citada por 50,0% dos participantes como motivo para não realização dos procedimentos que sabem realizar na UBS. Em menor quantidade foram citados: sobrecarga de trabalho (46,74%), não consta nos protocolos e guias clínicos do Município (45,6%), a política da unidade não permite a realização desses procedimentos (35,6%). Demais motivos, citados por 20% ou menos dos entrevistados podem ser vistos na tabela 63.

Tabela 63. Motivos para não realização dos procedimentos que sabem fazer na unidade de saúde (N=90).

Motivos	n	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	45	50,0
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	18	20,0
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	41	45,6
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	32	35,6
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	18	20,0
Prefiro não realizar por motivos pessoais	7	7,8
Sobrecarga de trabalho	42	46,7
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	6	6,7

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Enquanto na tabela 63 observamos que a sobrecarga de trabalho é um aspecto muito citado, na tabela 64, podemos notar que a maioria (54,2%) afirma que essa sobrecarga é devido à alta demanda, enquanto 24,1% afirmam não só não estar sobrecarregado, como também que poderia executar mais tarefas clínicas. (Tabela 64)

Foi solicitado aos farmacêuticos que avaliassem a disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados, em que 62% dos profissionais avaliaram como ruim ou muito ruim, e apenas 1,2% avaliou como muito boa. (Tabela 65)

Com relação aos recursos de apoio utilizados pelos farmacêuticos, 79,3% consultam protocolos clínicos, livros e artigos, 75,6% discutem casos com outros profissionais de

saúde e 67,1% participam de atividades educativas ou programa de educação permanente. (Tabela 66)

Tabela 64. Situação de trabalho atual participantes na unidade de saúde (n=83).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	9	10,8
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	12	14,5
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	45	54,2
Eu não estou sobrecarregado	15	18,1
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	20	24,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 65. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=82).

Avaliação	N	%
Muito ruim	14	17,1
Ruim	37	45,1
Nem ruim, nem boa	14	17,1
Boa	16	19,5
Muito boa	1	1,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 66. Recursos utilizados pelos participantes na unidade de saúde (n=82).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros farmacêuticos	32	39,0
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	62	75,6
Telessaúde	17	20,7
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	65	79,3
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	55	67,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Os farmacêuticos foram solicitados a indicarem quais atividades/procedimentos privativos de médicos estariam dispostos a realizar na APS. Dos 69 que responderam a esta questão, 15 (21,7%) não estariam dispostos a realizar nenhuma atividade médica. Entre aqueles que estariam dispostos, a grande maioria (57,4%), citou a prescrição de medicamentos, seguido pela solicitação de exames (18,5%) e a renovação de receitas médicas (14,8%). Alguns participantes citaram ainda acompanhamento farmacoterapeutico, realização de consultas, o encaminhamento a médicos especialistas, a prescrição de insumos e a remoção de cistos e verrugas vulgares.

> No momento prescrição de medicamentos, pois existem muitos erros de receitas e na maioria das vezes os pacientes já chegam com o medicamento para o médico prescrever. (Farmacêutico, Nordeste)

> Estaria disposto e teria segurança suficiente para prescrever medicamentos e acompanhar usuários com doenças crônicas, como HAS e diabetes, sem comorbidades associadas, desde que as condições fossem favoráveis. (Farmacêutico, Sul)

> Acredito que o Farmacêutico tem muito a contribuir, na questão das patologias de pequenos agravos, que podem ser resolvidos com as análises acompanhamento e a Prescrição Farmacêutica, o que desafogaria os Médicos, e o Sistema único de Saúde. (Farmacêutico, Nordeste)

> Transcrição de receita, pois atualmente, o paciente não tem acesso a consulta médica e a receita tem validade de apenas 6 meses. Se o paciente apresenta os parâmetros dentro do esperado, acredito que o farmacêutico poderia sim, transcrever a receita. (Farmacêutico, Sudeste)

> Prescrição farmacêutica desde que devidamente remunerado, pois do contrário não tenho interesse, pois vou arrumar mais serviço para ganhar o mesmo valor. (Farmacêutico, Centro-Oeste)

Os farmacêuticos foram questionados especificamente sobre sua disposição em prescrever medicamentos, seja para início ou continuidade de terapia, ou ainda adaptação de prescrição, como já ocorre no Canadá desde 2005. Dos 72 que responderam a questão, 15 (20,8%) afirmaram que não estariam dispostos a prescrever medicamentos. Dentre os que estariam dispostos, foram citadas a necessidade de capacitação (33%), mudanças na legislação (22%), diagnóstico médico prévio (16%), protocolo clínico (11%), restrição a casos simples ou emergenciais (8%), aumento de salário (4%) e outros (7%), como melhoria da fiscalização e necessidade de equipe multidisciplinar.

> Sim, estaria disposta a prescrever. Acredito que com o paciente encaminhado do médico com a indicação de classe terapêutica. Na consulta farmacêutica seriam definidos quais medicamentos e faria o acompanhamento para ajuste de dose. (Farmacêutico, Sudeste)

> Sim. Claro. Eu acho que para os pacientes crônicos com diagnóstico prévio temos condições de prescrever a continuidade da terapia. E até mesmo para início em distúrbios menores. Mas desde de que tudo seja estabelecido em protocolos claros e que sejamos aperfeiçoadas e capacitados para garantir maior segurança aos usuários de medicamentos. (Farmacêutico, Centro-Oeste)

> Sim. Através da legalidade do conselho de farmácia e dos órgãos competentes; mais para isto houvesse uma melhora na questão salarial. (Farmacêutico, Sudeste)

> Sim. Primeiramente depois de regularizado a prescrição do farmacêutico. Depois, que nós tivéssemos condições físicas para atender os pacientes (consultório), carga horaria disponível para este fim e remuneração adequada [...]. (Farmacêutico, Sul)

> Sim, mas para isso seria necessário muitas mudanças. O fator crucial é a quantidade de farmacêuticos atuando na APS ainda muito pequena, e, quase sempre quando o farmacêutico está presente ele é "engolido" pela demanda da dispensação de medicamentos e pelas questões burocráticas em torno da logística para garantia do acesso aos medicamentos [...] Tenho certeza absoluta que nós farmacêuticos temos muito a contribuir, e só qualificação não basta (pois eu mesmo já fiz residência, duas especializações, vários cursos de aperfeiçoamento, e atualmente estou o mestrado), é necessário que tenhamos mais farmacêuticos atuando na APS com condições adequadas de trabalho. (Farmacêutico, Sul)

Finalmente foi solicitado aos participantes que indicassem, a partir de uma lista de 23 procedimentos e atividades de saúde, quais estariam dispostos a delegar para técnicos de farmácia mediante treinamento e sem considerar a atual legislação. Entre 72 e 84% dos farmacêuticos indicaram que os técnicos de farmácia podem realizar inventário de estoque, dispensar medicamentos, distribuir medicamentos e fracionar medicamentos, desde que sob supervisão direta ou indireta. Já 48%, 50%, 51,4% e 63,2% concordam que os técnicos não poderiam realizar, nem sob supervisão, a administração medicamentosa injetáveis, notificar à ANVISA queixas técnicas, assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e elaborar lista de medicamentos padronizados (Tabela 67).

Tabela 67 - Percepção dos farmacêuticos sobre quais procedimentos, atividades de saúde podem ser delegados para técnicos de farmácia

Procedimentos, atividades de saúde	COM supervisão DIRETA	COM supervisão INDIRETA	NÃO poderia ser realizada	SEM supervisão do dentista	TOTAL
	%	%	%	%	N
Administrar medicamentos injetáveis	28	14,7	48	9,3	75
Aferir glicemia capilar	29,7	14,9	31,1	24,3	74
Aferir pressão arterial	31,1	17,6	25,7	25,7	74
Aferir temperatura	32	18,7	21,3	28	75
Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde	40,5	4,1	51,4	4,1	74
Controlar a umidade e a temperatura do estoque	28,4	32,4	1,4	37,8	74
Controlar a validade dos medicamentos da UBS	34,7	22,7	4	38,7	75
Dispensar medicamentos	56	16	17,3	10,7	75
Distribuir medicamentos	57,3	21,3	8	13,3	75
Elaborar lista de medicamentos padronizados	28,9	6,6	63,2	1,3	76
Executar procedimentos de inalação e nebulização	33,8	17,6	37,8	10,8	74
Fracionar medicamentos	61,3	22,7	12	4	75
Gerenciar os resíduos dos serviços de saúde	47,3	23	20,3	9,5	74
Montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo	30,7	20	42,7	6,7	75
Notificar à ANVISA queixas técnicas	28,4	14,9	50	6,8	74
Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo	39,2	27	17,6	16,2	74
Perfurar lóbulo auricular	32,4	13,5	37,8	16,2	74
Programar o abastecimento de medicamentos	50	11,8	31,6	6,6	76
Promover ações de uso racional de medicamentos	34,7	21,3	33,3	10,7	75
Realizar coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade	26,7	34,7	12	26,7	75
Realizar curativos de pequeno porte	33,8	16,2	31,1	18,9	74
Realizar inventário de estoque	48	24	5,3	22,7	75
Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação (SIGAF, HORUS, programa institucional)	38,7	21,3	14,7	25,3	75

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Psicólogos

Foi apresentada uma lista de 32 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar o procedimento, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. A média de realização pelos psicólogos participantes foi de 18,4±8,5, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 26,0±5,1.

A Tabela 68 apresenta a lista desses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de psicólogos que indicaram fazê-los nas UBS e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. Entre os listados, 15 atividades obtiveram uma frequência de resposta superior a 70%, entre eles destacam-se: 'Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias', 'Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde', 'Encaminhamento a serviços especializados (CAPS, CAPS I, CAPS AD)', Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais' e 'Realização de visitas domiciliares'.

Já, entre os procedimentos com as frequências de respostas mais baixas tanto para realização da unidade pesquisada, quanto para saber realizar independente do local de prática, destacam-se a prescrição de medicamentos psicotrópicos, fitoterápicos e homeopáticos. Entre os procedimentos que mais de 70% dos médicos relataram saber fazer, mas menos de 50% faz na UBS, encontram se: a realização de 'Atividades recreativas', a 'Construção de projeto de saúde para a comunidade', a 'Supervisão de outros profissionais' e 'Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive de hospitais psiquiátricos'.

Tabela 68 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na APS e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS	Sabem realizar	Total
	%	%	N
Acompanhamento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	75,8	98,4	182
Acompanhamento de crianças com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos	71,8	91,2	181
Acompanhamento de pacientes com cuidados paliativos	52,2	86,5	178
Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência	63,7	91,6	179
Atendimento a pacientes em crise	70,7	94,5	181
Atendimento à população em situação de rua	22,7	65,2	181
Atendimento familiar e/ou casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico	75,3	97,3	182
Atividades recreativas	48,0	85,9	177
Atuação junto aos conselhos tutelares	66,1	91,7	180
Auxiliar o paciente durante a reinserção social	61,9	93,4	181
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental ao paciente e/ou família	71,4	98,9	182
Construção de projeto de saúde para a comunidade	42,1	82,6	178
Construção de projeto terapêutico singular	68,0	93,3	178
Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde	81,4	99,5	183
Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias	84,2	100,0	183
Diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde mental	74,9	97,3	183
Encaminhar a serviços especializados (CAPS, CAPS I, CAPS AD)	85,8	98,9	183
Matriciamento em saúde mental	66,3	92,1	178
Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais	83,0	98,9	182
Organizar reuniões de equipe	74,3	97,2	179
Orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (ex: intoxicação/impregnação)	56,7	76,7	180
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive de hospitais psiquiátricos	28,3	76,7	180
Prescrever medicamentos psicotrópicos	0,6	16,9	177
Prescrição de medicamentos fitoterápicos	4,0	17,0	176
Prescrição de medicamentos homeopáticos	1,1	5,7	176
Realização de ações de promoção da saúde mental	78,7	98,9	178
Realização de ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como CRAS, creches, escolas	78,8	96,6	179
Realização de educação permanente junto à equipe de saúde	74,2	96,6	178
Realizar acolhimento de pacientes encaminhados com classificação de risco	63,8	88,7	177
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência/ Plantão psicológico	61,5	94,0	182
Realizar visita domiciliar	83,8	98,9	179
Supervisão de outros profissionais	35,4	81,5	178

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Entre as atividades que mais de 60% dos respondentes declaram sentir alta confiança em realizar destacam-se: ‘Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias’, ‘Encaminhar a serviços especializados (CAPS, CAPS I, CAPS AD)’, ‘Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais’, ‘Realização de ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como CRAS, creches, escolas’ e ‘Realizar visita domiciliar’. Já entre aquelas com menor nível de confiança sobressaem as de prescrição de medicamentos psicotrópicos, fitoterápicos e homeopáticos. (Tabela 69).

Em relação a principal forma de aprendizagem para os procedimentos que os psicólogos declaram realizar ou saber realizar as respostas foram bem distribuídas entre as categorias apresentadas. Observa-se que entre os poucos profissionais que sabem prescrever medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, respectivamente 40,9% e 62,5% aprenderam com outro profissional de saúde. A graduação foi declarada por 53,5% com principal fonte de aprendizado para a realização de ‘Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias’. (Tabela 70)

Tabela 69 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Acompanhamento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	10,7	44,7	44,7	159
Acompanhamento de crianças com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos	13,0	40,4	46,6	146
Acompanhamento de pacientes com cuidados paliativos	24,2	48,5	27,3	132
Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência	13,4	49,3	37,3	142
Atendimento a pacientes em crise	8,8	44,2	46,9	147
Atendimento à população em situação de rua	27,7	47,5	24,8	101
Atendimento familiar e/ou casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico	8,9	43,7	47,5	158
Atividades recreativas	19,7	44,7	35,6	132
Atuação junto aos conselhos tutelares	14,9	36,9	48,2	141
Auxiliar o paciente durante a reinserção social	12,2	45,6	42,2	147
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental ao paciente e/ou família	4,4	43,4	52,2	159
Construção de projeto de saúde para a comunidade	23,0	43,7	33,3	126
Construção de projeto terapêutico singular	9,7	38,2	52,1	144
Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde	4,9	35,8	59,3	162
Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias	0,0	17,2	82,8	163
Diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde mental	8,1	48,8	43,1	160
Encaminhar a serviços especializados (CAPS, CAPS I, CAPS AD)	1,9	19,4	78,8	160
Matriciamento em saúde mental	6,5	43,9	49,6	139
Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais	3,1	35,2	61,6	159
Organizar reuniões de equipe	5,4	36,2	58,4	149
Orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (ex: intoxicação/impregnação)	22,0	58,5	19,5	123
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive de hospitais psiquiátricos	17,7	58,4	23,9	113
Prescrever medicamentos psicotrópicos	40,7	48,1	11,1	27
Prescrição de medicamentos fitoterápicos	41,7	50,0	8,3	24
Prescrição de medicamentos homeopáticos	61,5	30,8	7,7	13
Realização de ações de promoção da saúde mental	3,9	36,8	59,2	152
Realização de ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como CRAS, creches, escolas	3,4	36,2	60,4	149
Realização de educação permanente junto à equipe de saúde	6,7	36,9	56,4	149
Realizar acolhimento de pacientes encaminhados com classificação de risco	2,9	48,2	48,9	139
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência/ Plantão psicológico	9,9	47,7	42,4	151
Realizar visita domiciliar	4,5	26,1	69,4	157
Supervisão de outros profissionais	16,7	48,3	35,0	120

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

Tabela 70 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação do trabalho	Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/ Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Acompanhamento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	6,5	7,8	13,7	16,3	32,7	18,3	3,3	1,3	153
Acompanhamento de crianças com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógicos	12,9	3,6	40,3	8,6	15,1	13,7	3,6	2,2	139
Acompanhamento de pacientes com cuidados paliativos	11,8	18,9	27,6	9,4	17,3	7,9	5,5	1,6	127
Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência	4,5	26,1	11,2	27,6	12,7	10,4	4,5	3,0	134
Atendimento a pacientes em crise	8,4	16,1	25,2	9,1	16,1	21,7	2,1	1,4	143
Atendimento à população em situação de rua	11,2	22,5	20,2	15,7	21,3	4,5	3,4	1,1	89
Atendimento familiar e/ou casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico	10,7	6,7	42,7	3,3	13,3	19,3	2,0	2,0	150
Atividades recreativas	28,2	24,2	22,6	8,9	10,5	2,4	1,6	1,6	124
Atuação junto aos conselhos tutelares	23,3	27,1	14,3	20,3	5,3	3,8	3,8	2,3	133
Auxiliar o paciente durante a reinserção social	8,6	20,9	28,1	15,8	10,1	12,9	2,2	1,4	139
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental ao paciente e/ou família	15,0	8,5	35,9	3,9	11,1	22,2	1,3	2,0	153
Construção de projeto de saúde para a comunidade	11,7	19,2	14,2	15,8	14,2	15,0	5,0	5,0	120
Construção de projeto terapêutico singular	8,6	19,4	9,4	21,6	18,0	15,8	5,0	2,2	139
Consulta compartilhada com outros profissionais de saúde	10,3	30,1	12,8	10,3	15,4	14,1	5,1	1,9	156
Consulta psicológica agendada/programada individual em todas as faixas etárias	5,7	1,9	53,5	1,3	8,3	25,5	1,3	2,5	157
Diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde mental	3,3	9,8	38,6	3,9	13,1	29,4	0,7	1,3	153
Encaminhar a serviços especializados (CAPS, CAPS I, CAPS AD)	19,5	20,1	22,1	14,9	5,2	13,6	3,2	1,3	154
Matriciamento em saúde mental	10,4	21,5	8,9	18,5	19,3	12,6	6,7	2,2	135
Organização e atendimento de grupos específicos visando a prevenção e agravamento de fatores emocionais	13,2	9,9	23,0	5,9	17,8	25,7	2,6	2,0	152
Organizar reuniões de equipe	25,5	28,4	10,6	9,2	9,2	12,8	2,8	1,4	141
Orientações (individuais ou coletivas) quanto ao uso adequado de psicofármacos (ex: intoxicação/impregnação)	8,7	36,5	20,0	5,2	14,8	13,0	0,9	0,9	115
Preparar o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar inclusive de hospitais psiquiátricos	10,9	17,3	32,7	11,8	6,4	16,4	3,6	0,9	110
Prescrever medicamentos psicotrópicos	8,0	28,0	20,0	4,0	8,0	24,0	4,0	4,0	25
Prescrição de medicamentos fitoterápicos	9,1	40,9	4,5	13,6	27,3	0,0	0,0	4,5	22
Prescrição de medicamentos homeopáticos	12,5	62,5	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	12,5	8
Realização de ações de promoção da saúde mental	8,3	15,9	26,9	8,3	17,2	15,9	5,5	2,1	145
Realização de ações intersetoriais com outros equipamentos da rede, tais como CRAS, creches, escolas	20,4	28,2	11,3	14,8	9,2	9,9	4,9	1,4	142
Realização de educação permanente junto à equipe de saúde	11,9	19,6	14,0	11,9	16,8	18,2	4,9	2,8	143
Realizar acolhimento de pacientes encaminhados com classificação de risco	11,9	14,8	20,0	10,4	17,8	18,5	4,4	2,2	135
Realizar atendimento psicológico em situações de urgência e emergência/ Plantão psicológico	11,8	11,8	31,3	6,9	13,2	20,8	2,8	1,4	144
Realizar visita domiciliar	20,0	30,7	16,0	8,7	9,3	10,0	4,0	1,3	150
Supervisão de outros profissionais	17,5	17,5	18,4	8,8	8,8	17,5	4,4	7,0	114

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016

O número de procedimentos que os psicólogos declaram realizar na unidade de saúde foi maior entre indivíduos com carga horária igual ou superior a 30 horas semanais (21,5±6,5, 16,5±9,0). Com relação à região geográfica de atuação dos participantes, observou-se apenas diferença significativa entre aqueles que atuam na região Centro-Oeste (15,8±7,7), revelando que estes realizam um número menor de procedimentos do que os indivíduos que atuam na região de referencia, Nordeste (20,7±6,3). Já com relação ao porte populacional, o teste apontou diferenças entre aqueles que atuam em municípios com até 10 mil habitantes e entre 100 a 500 mil habitantes, indicando que os de menor porte realizam um número maior de procedimentos (21,1±6,4) do que os de maior porte (15,5±10,4). Não se observou diferenças quanto às demais variáveis avaliadas. (Apêndice D)

No que diz respeito aos procedimentos que os psicólogos declararam saber fazer, observou-se maior média (p=0,005) entre aqueles com menos tempo de experiência na APS (27,2±2,7; 24,7±6,6) e com carga horária superior a 30 horas (27,3±3,1; 25,2±5,8; p= 0,002). Com relação ao porte populacional observou-se que aqueles que atuam em municípios de até 10 mil habitantes (27,5±2,4), sabem realizar mais procedimentos (p=0,021) do que aqueles que atuam em municípios de mais de 500 mil habitantes (24,6±6,4). Já com relação à distância aqueles psicólogos que atuam em municípios com mais de 120 min de distância da sede de saúde sabem realizar em média mais procedimentos (p=0,008) do que aqueles que atuam na própria sede ou bem próximos a sede (28,1±1,1; 26,2±3,0). Não houve diferenças significativas para as demais variáveis estudadas.

A ‘falta de materiais e a infraestrutura inadequada’ foi citada por 56% dos participantes como motivo para não realização dos procedimentos que sabem realizar na unidade, seguido pela ‘Sobrecarga de trabalho’ (37,9%), ‘É realizado por outro profissional de saúde da UBS’ (26,4%) e ‘Não existe demanda para a realização destes procedimentos’ (22,5%). Cerca de 20% dos respondentes citaram ainda outros motivos para não realizam das atividades que sabem realizar, em que se destacam a falta de treinamento/capacitação, a falta de apoio e interesse da gestão, a falta de organização/planejamento para realização de determinadas ações de saúde, a falta de profissionais para trabalhar em equipe e o fato de não existir NASF no município. (Tabela 71).

Tabela 71. Motivos para não realização dos procedimentos que sabem fazer unidade de saúde (n=182).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	102	56,0
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	41	22,5
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	29	15,9
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	35	19,2
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	24	13,2
Sobrecarga de trabalho	69	37,9
Prefiro não realizar por motivos pessoais	2	1,1
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	27	14,8
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	48	26,4
Outro	36	19,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Quanto à situação de trabalho atual no estabelecimento a maioria dos entrevistados (65,7%) considera que está sobrecarregado porque a demanda é alta. Já 23,5% declaram não se sentirem sobrecarregados (Tabela 72).

Tabela 72. Situação de trabalho atual dos participantes na unidade de saúde (n=166).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	16	9,6
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	15	9,0
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	109	65,7
Eu não estou sobrecarregado	39	23,5
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	12	7,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

A disponibilidade de encaminhamentos para serviços especializados foi avaliada como "ruim" ou "muito ruim" por mais de 50% dos psicólogos. Já 17,6% avaliaram como 'nem ruim e nem bom', 24,1% coo 'bom' e apenas 2,4% como 'muito bom' (Tabela 73).

Com relação aos recursos utilizados pelos respondentes, 86,4 solicita opinião e discute casos com outros profissionais de saúde, 70% consultam a protocolos clínicos, livros e artigos, 64,5% participam de atividades educativas ou programa de educação permanente, 42,6% solicita opinião e discute casos com outros psicólogos e 16%

utilizam o recursos do Telessaúde. Outros recursos, citados por 5,9 dos respondentes incluem: especialização, reuniões intersetoriais e supervisão clínica. (Tabela 74)

Tabela 73. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=170).

Avaliação	N	%
Muito bom	04	2,4
Bom	41	24,1
Nem ruim nem bom	30	17,6
Ruim	66	38,8
Muito Ruim	29	17,1
Total	170	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Tabela 74. Recursos utilizados pelos participantes (n=169).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros psicólogos	72	42,6
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	146	86,4
Telessaúde	27	16,0
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	119	70,4
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	111	65,7
Outros recursos	10	5,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *Survey Online* Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2016.

Os participantes foram solicitados a indicar quais atividades, atualmente privativa de médicos, estariam dispostos a desempenhar nas unidades de saúde em que atuam. Dos 133 que responderam a esta questão 52 (39,1%) indicaram que não estariam dispostos a desempenhar nenhuma atividade.

> Não estou disposta a realizar nenhuma atividade privativa de médico. O médico se limita a medicar ou encaminhar pacientes para o especialista. Acredito que o médico deva ouvir mais e não ficar encaminhando qualquer besteira para o psicólogo. Por exemplo, a pessoa acabou de perder um membro da família, foi à consulta médica e começou a chorar. O médico então encaminha para o psicólogo. Acho que psicólogo não tem que ser babá ou enfermeiro de médico. É o médico que precisa ampliar a sua escuta e entender que nem tudo se resume a medicar (Psicólogo, Sudeste) .

Entre as atividades listadas a mais citada foi à prescrição de medicamentos entre os psicólogos, representado 43% dos que citaram alguma atividade, que incluí tanto a

prescrição de medicamentos psicotrópicos, como fitoterápicos e homeopáticos. Além disto, alguns psicólogos citaram ainda a orientação quanto ao uso de medicamentos (6,1%).

> Acho que receitar medicamento. Muitos psicólogos tem um bom conhecimento sobre medicamentos psicotrópicos e acho que com treinamento eficaz, seria uma área que teríamos uma boa atuação. Por exemplo, medicamentos mais comuns indicados para depressão e ansiedade. Teríamos como fazer uma boa avaliação, já que "escutamos" mais as queixas dos pacientes; o médico apenas receita e pronto (Psicólogo, Nordeste).

> Na prescrição de medicamentos que seriam básicos, em casos de emergências, pois não temos na unidade nem na Santa Casa, o que evitaria internação em hospitais específicos, que muitas vezes não tem vagas e o paciente entra em sofrimento psiquiátrico (Psicólogo, Sudeste).

O diagnostico em saúde mental foi citado por 14,8% dos respondentes e o encaminhamento para o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e médicos especialistas, principalmente Psiquiatras e Neurologista foi citado por 13,6% dos psicólogos. Os respondentes questionam de uma maneira geral o diagnóstico muitas vezes é equivocado, além disto, uma triagem mal feita gera uma fila de encaminhamentos por muitas vezes desnecessárias.

> Atividades que abordam uso de medicamentos, mais especificamente de uso controlado, os diagnóstico muitas vezes são equivocados, acredito que poderia contribuir com isso, para gestão mais controlada do uso destes medicamentos específicos (Psicólogo, Nordeste)

> Triagem dos pacientes para a psiquiatria. Hoje a referência do paciente da Atenção Primária para o serviço especializado de psiquiatria é realizada pelo médico da ESF, o que torna muitos encaminhamentos desnecessários (Psicólogo, Sudeste).

Ainda dentro deste quesito, a Lei do Ato Médico, foi citada como autoritária, por não permitir que outro profissional de saúde solicite estes encaminhamentos.

> Eu enquanto profissional de psicologia fico chateada em não poder encaminhar um usuário do SUS diretamente para um especialista, como por exemplo um psiquiatra ou neurologista. Devo conversar com o profissional de medicina da equipe de Saúde da Família para ele decidir se deve ou não solicitar uma avaliação por exemplo. A guia de referência deve ser 'preenchida', na verdade assinada, pelo profissional de medicina. Há alguns anos atrás já encaminhei quando necessário para o AME, minha referência, mas depois em uma reunião de colegiado de Saúde Mental foi ressaltada que as Guias de Referências são de exclusividade médica! Considero importante conversar, trocar ideia com médico da ESF, talvez tenha percepções diferentes das minhas, juntos possamos construir um PTS de sucesso, mas há casos que

> sinto a necessidade de fechar um diagnóstico, e a avaliação de um especialista neurologista ou psiquiatra poderia me auxiliar. Considero autoritário somente o profissional de medicina poder solicitar uma avaliação de outro profissional, na minha percepção ressalta o Projeto de Lei do Ato Médico (Psicólogo, Sudeste).

Alguns respondentes (6,2%) citaram que estariam dispostos a realizar atividades restritivas aos médicos, porem sem especificar quais. Outros (17,3%) citaram ainda atividades que na verdade não são restritivas aos médicos, que incluíram, entre outros: acolhimento do paciente, escuta qualificada, campanhas educativas, realização de grupos operativos, promoção e prevenção de agravos.

> É importante destacar que as atividades médicas nem sempre se concentram na própria atividade médica específica e clássica, ou seja, os médicos geralmente "entram" nas atividades de outros profissionais de maneira "natural" sem qualquer questionamento pelos pacientes e pela Sociedade. Ao contrário, já os outros profissionais não têm essa "naturalidade" e aceitação, inclusive correndo o risco de penalidades. Cada profissão/profissional estuda formalmente sua área de atuação, estando, assim, apta a exercê-la, entretendo, algumas modalidades de aprendizado formal são comuns a boa parte dos profissionais de saúde, e muitas coisas que os médicos aprendem, os outros profissionais de saúde aprendem também, talvez não tanto em sua profundidade, mas, em sua generalidade indicativa ou recorrente. Se houver uma descrição ou listagem construída ou constituída, talvez pudesse ser melhor avaliada, distribuída e dinamizada a outros profissionais de saúde. Como resultado, a agilização no atendimento e nos encaminhamentos (Psicólogo, Sul).

Os participantes foram informados que diante da escassez de psiquiatras nos Estados Unidos, em 2002, o estado de Novo México foi o pioneiro em permitir psicólogos treinados e licenciados a prescreverem medicamentos psiquiátricos à população e em seguida foram solicitados a responderem se estariam dispostos a desempenhar esta atividade no Brasil. Um total de 166 psicólogos respondeu a esta questão, entre estes 75% declararam que estariam sim dispostos a prescreverem medicamentos, principalmente diante da escassez de psiquiatras e ressaltando a necessidade de uma formação/especialização adequada e respaldo legal.

> Sim. Desde que fosse proporcionado curso a nível de especialização e tomando o cuidado para não virar apenas prescrição, sem o cuidado do trabalho psicoterapêutico. (Psicólogo, Sudeste)

> Sim, estaria, desde que fosse obrigatório uma pós-graduação voltada para diagnostico, as medicações e suas interações. Sem esse reforço seria mais danoso a prescrição por psicólogos, uma vez que a maioria das graduações são pobres nessa parte psicofarmacológica. (Psicólogo, Centro-Oeste)

> Sim, acredito que faria com que os pacientes que necessitam de tratamento medicamentoso se sentissem mais seguros, e um atendimento onde ele não precise ir ao psiquiatra apenas para pegar a prescrição médica, o que muitas vezes é demorado em função do número reduzido de profissionais de psiquiatria. (Psicólogo, Sudeste)

> Sim, no município em que atuo, não existe CAPS e a equipe que da suporte, está no município a cada 15 dias, e neste intervalo os pacientes ficam sem assistência medicamentosa. (Psicólogo, Sudeste)

> Sim, diante da escassez de profissionais psiquiatras para realizar tais procedimentos, e pelo vasto conhecimento que tenho na área. Esta nova abordagem, seria no sentido de otimizar o tempo dos usuários do serviço e facilitar o tratamento. (Psicólogo, Norte)

> Sim. Acho que teríamos mais critérios para medicar, pois muitas condições psicológicas que nos chegam decorrem de problemas sociais e, nesses casos, teríamos mais cautela em medicar. Receitaria apenas em casos em que todas as medidas sociais e de políticas públicas não ajudassem. (Psicólogo, Nordeste)

Entre aqueles que responderam negativamente a esta questão (25%), apenas alguns justificaram, alegando, que não é papel o psicólogo, que não possui conhecimento para tal e, principalmente, por serem contra o excesso de medicalização psicoterápica no país.

> Não. Acredito que os médicos generalistas estão mais aptos para prescrever medicamentos psiquiátricos. Cabe ao psicólogo acompanhar o paciente e trabalhar junto ao médico. (Psicólogo, Sudeste)

> Não, Sou contra a medicalização abusiva que nosso país pratica. Mas me disponibilizaria a conhece melhor sobre homeopatia e tratamentos naturais (Psicólogo, Sudeste)

> Não gostaria. A não ser que sejam remédios homeopáticos e fitoterápicos, pois os remédios alopáticos causam dependência e vão contra minha visão de cuidado. (Psicólogo, Sudeste)

> No momento, não. Além de não possuir conhecimento suficiente para realizar tal função, me preocupo com o lugar que a psicologia poderia vir a ocupar num contexto de medicalização. Contudo, não excluo a possibilidade, desde que nortada por discussões constantes sobre o papel dos psicofármacos no atendimento às demandas de saúde mental. (Psicólogo, Sul)

Nutricionista

Foi apresentada uma lista de 44 procedimentos, atividades e ações em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam ou sabem realizar o procedimento, o grau de confiança e a principal forma de aprendizagem. Assim como nas demais profissões estudadas, a média de realização entre os nutricionistas participantes foi de 26,7±7,1, aquém daquela que relataram saber fazer, que foi de 33,5±7,8.

Na tabela 75 encontra-se listados esses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de nutricionistas que realizam os procedimentos na unidade de saúde e os que de fato sabem realizar tais procedimentos. Mais da metade dos nutricionistas sabem realizar 38 dos 44 procedimentos, destes, 32 são realizados na unidade. Os três procedimentos que não são realizados na unidade de saúde também são os que menos nutricionistas sabem realizar: Prescrição de medicamentos alopáticos (6,3%), inserção de sondas nasogástricas e nasoenterais (1,6%) e inserção de cateter superficial (0%).

A tabela 76 é relativa ao nível de confiança dos profissionais para a realização dos procedimentos. Excetuando-se os quatro procedimentos com mais votos na opção de baixa confiança (Administrar nutrição parenteral, com 61,5%, prescrever nutrição parenteral, com 65,2%, prescrever medicamentos alopáticos, com 75% e inserir cateter superficial com 100%), todos os procedimentos obtiveram mais de 60% dos nutricionistas com nível de confiança médio ou alto, entre esses, três procedimentos obtiveram 0% no nível mais baixo de confiança: Realizar medidas antropométricas, realizar avaliação nutricional de pacientes e planejar e elaborar cardápios.

Em relação à principal forma de aprendizado dos procedimentos, a tabela 77 nos informa que 19 dos procedimentos foram aprendidos na graduação por mais da metade dos participantes, menos de 31,4% aprenderam algum procedimento sozinho e menos de 6% aprenderam qualquer procedimento na residência ou no mestrado/doutorado.

Tabela 75 - Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na APS e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer independentemente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS	Sabem realizar	Total
	%	%	N
Aconselhamento de atividade física	85,7	90,9	66
Aconselhamento sobre a preparação de alimentos	103,2	100,0	67
Administrar nutrição enteral	55,6	84,6	65
Administrar nutrição parenteral	3,2	25,0	64
Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos	74,6	95,5	66
Avaliar comorbidades que podem influenciar na terapia nutricional	101,6	100,0	65
Avaliar composição corporal	66,7	97,0	66
Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes	57,1	89,2	65
Avaliar hábitos de atividade física e restrições	85,7	89,2	65
Avaliar sistemas corporais: músculo e gordura subcutânea, sucção/deglutição, saúde bucal, capacidade respiratória, condições da pele, apetite.	82,5	95,5	66
Calcular gasto energético	88,9	100,0	67
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	68,3	87,5	64
Controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios	50,8	92,2	64
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família	88,9	97,0	66
Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais	92,1	93,9	66
Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde	90,5	97,0	67
Fazer triagem de depressão, ansiedade e distúrbios alimentares	68,3	85,7	63
Gerir unidades de alimentação e nutrição	33,3	83,1	65
Gerir unidades de saúde	30,2	62,5	64
Inserir cateter superficial	0,0	0,0	63
Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais	0,0	1,6	63
Interpretar exames laboratoriais	100,0	98,5	66
Investigar fatores psicossociais (como insônia, problemas financeiros) que possam influenciar a dieta do paciente	98,4	98,5	65
Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio	96,8	98,5	67
Planejar e elaborar cardápios	90,5	97,0	66
Prescrever complementos alimentares	98,4	98,5	65
Prescrever fitoterápicos	44,4	61,5	65
Prescrever medicamentos alopáticos	0,0	6,3	64
Prescrever nutrição enteral	76,2	91,0	67
Prescrever nutrição parenteral	7,9	38,5	65
Prescrever suplementos alimentares	88,9	97,0	66
Realizar ações de promoção da saúde	103,2	100,0	65
Realizar acolhimento com classificação de risco	20,6	52,4	63
Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família	44,4	87,3	63
Realizar atendimento de urgência e emergência	6,3	32,3	62
Realizar avaliação nutricional de pacientes	101,6	98,5	65
Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório	65,1	92,3	65
Realizar consulta multiprofissional (projeto terapêutico)	93,7	100,0	68
Realizar grupos de educação em saúde	100,0	100,0	66
Realizar medidas antropométricas (circunferência abdominal, peso, altura, calcular IMC)	106,3	98,5	68
Realizar modificações de dieta em pacientes com condições de saúde complexas (como doença renal, diabetes, etc)	101,6	100,0	67
Realizar orientação de saúde bucal	39,7	73,4	64
Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território	74,6	87,7	65
Solicitar exames laboratoriais	76,2	98,5	66

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 76 – Nível de confiança para realização de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Baixo	Médio	Alto	Total
	%	%	%	N
Aconselhamento de atividade física	21,3	59,6	19,1	47
Aconselhamento sobre a preparação de alimentos	1,8	23,6	74,5	55
Administrar nutrição enteral	30,2	48,8	20,9	43
Administrar nutrição parenteral	61,5	30,8	7,7	13
Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos	12,2	53,1	34,7	49
Avaliar comorbidades que podem influenciar na terapia nutricional	3,8	44,2	51,9	52
Avaliar composição corporal	7,8	49,0	43,1	51
Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes	22,7	27,3	50,0	44
Avaliar hábitos de atividade física e restrições	4,4	73,3	22,2	45
Avaliar sistemas corporais: músculo e gordura subcutânea, sucção/deglutição, saúde bucal, capacidade respiratória, condições da pele, apetite.	16,0	56,0	28,0	50
Calcular gasto energético	5,5	21,8	72,7	55
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	16,3	51,2	32,6	43
Controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios	11,1	37,8	51,1	45
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família	5,8	40,4	53,8	52
Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais	13,7	56,9	29,4	51
Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde	7,8	41,2	51,0	51
Fazer triagem de depressão, ansiedade e distúrbios alimentares	35,6	51,1	13,3	45
Gerir unidades de alimentação e nutrição	25,6	32,6	41,9	43
Gerir unidades de saúde	33,3	51,5	15,2	33
Inserir cateter superficial	100,0	0,0	0,0	2
Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais	33,3	66,7	0,0	3
Interpretar exames laboratoriais	5,8	50,0	44,2	52
Investigar fatores psicossociais (como insônia, problemas financeiros) que possam influenciar a dieta do paciente	9,4	49,1	41,5	53
Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio	9,1	45,5	45,5	55
Planejar e elaborar cardápios	0,0	22,6	77,4	53
Prescrever complementos alimentares	11,8	45,1	43,1	51
Prescrever fitoterápicos	32,3	48,4	19,4	31
Prescrever medicamentos alopáticos	75,0	0,0	25,0	4
Prescrever nutrição enteral	19,1	53,2	27,7	47
Prescrever nutrição parenteral	65,2	26,1	8,7	23
Prescrever suplementos alimentares	20,0	40,0	40,0	50
Realizar ações de promoção da saúde	5,8	21,2	73,1	52
Realizar acolhimento com classificação de risco	7,4	77,8	14,8	27
Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família	11,9	40,5	47,6	42
Realizar atendimento de urgência e emergência	36,4	54,5	9,1	11
Realizar avaliação nutricional de pacientes	0,0	10,9	89,1	55
Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório	8,5	57,4	34,0	47
Realizar consulta multiprofissional (projeto terapêutico)	3,5	52,6	43,9	57
Realizar grupos de educação em saúde	5,7	22,6	71,7	53
Realizar medidas antropométricas (circunferência abdominal, peso, altura, calcular IMC)	0,0	5,3	94,7	57
Realizar modificações de dieta em pacientes com condições de saúde complexas (como doença renal, diabetes, etc)	5,7	37,7	56,6	53
Realizar orientação de saúde bucal	38,9	52,8	8,3	36
Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território	10,6	44,7	44,7	47
Solicitar exames laboratoriais	12,0	38,0	50,0	50

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 77 – Principal forma de aprendizagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os participantes declaram saber fazer independente do local de trabalho.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Sozinho	Com outro profissional	Graduação	Capacitação do trabalho	Aperfeiçoamento	Especialização	Residência	Mestrado/ Doutorado	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Aconselhamento de atividade física	10,2	46,9	24,5	2,0	8,2	8,2	0,0	0,0	49
Aconselhamento sobre a preparação de alimentos	16,4	0,0	60,0	1,8	10,9	9,1	0,0	1,8	55
Administrar nutrição enteral	16,3	4,7	55,8	7,0	7,0	9,3	0,0	0,0	43
Administrar nutrição parenteral	6,7	6,7	60,0	0,0	6,7	20,0	0,0	0,0	15
Analisar a prescrição de dietas e nutrientes quanto aos aspectos legais e técnicos	8,2	4,1	69,4	4,1	4,1	10,2	0,0	0,0	49
Avaliar comorbidades que podem influenciar na terapia nutricional	7,7	3,8	51,9	3,8	9,6	23,1	0,0	0,0	52
Avaliar composição corporal	2,0	2,0	70,0	2,0	6,0	16,0	0,0	2,0	50
Avaliar e acompanhar programas de suplementação preventiva com micronutrientes	17,8	11,1	26,7	24,4	13,3	6,7	0,0	0,0	45
Avaliar hábitos de atividade física e restrições	8,9	28,9	37,8	2,2	8,9	13,3	0,0	0,0	45
Avaliar sistemas corporais: músculo e gordura subcutânea, sucção/deglutição, saúde bucal, capacidade respiratória, condições da pele, apetite.	8,0	4,0	58,0	6,0	8,0	16,0	0,0	0,0	50
Calcular gasto energético	5,6	0,0	79,6	1,9	1,9	9,3	0,0	1,9	54
Comunicar o diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde ao paciente e/ou família	23,3	23,3	34,9	9,3	2,3	7,0	0,0	0,0	43
Controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios	6,7	4,4	68,9	4,4	8,9	6,7	0,0	0,0	45
Dar apoio matricial a profissionais / equipes de saúde da família	7,8	21,6	19,6	15,7	9,8	19,6	5,9	0,0	51
Diagnosticar doenças/síndromes nutricionais	3,9	2,0	54,9	2,0	7,8	27,5	0,0	2,0	51
Emitir parecer nutricional a outros profissionais de saúde	31,4	9,8	41,2	5,9	5,9	3,9	2,0	0,0	51
Fazer triagem de depressão, ansiedade e distúrbios alimentares	2,2	33,3	40,0	4,4	8,9	11,1	0,0	0,0	45
Gerir unidades de alimentação e nutrição	2,3	6,8	77,3	0,0	6,8	6,8	0,0	0,0	44
Gerir unidades de saúde	6,1	27,3	27,3	3,0	0,0	36,4	0,0	0,0	33
Inserir cateter superficial	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2
Inserir sondas nasogástricas e nasoenterais	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	3
Interpretar exames laboratoriais	11,5	1,9	40,4	1,9	19,2	25,0	0,0	0,0	52
Investigar fatores psicossociais (como insônia, problemas financeiros) que possam influenciar a dieta do paciente	21,2	15,4	42,3	3,8	7,7	9,6	0,0	0,0	52
Orientar e acompanhar procedimentos especiais em domicílio	20,0	10,9	34,5	10,9	10,9	12,7	0,0	0,0	55
Planejar e elaborar cardápios	3,8	0,0	81,1	0,0	7,5	7,5	0,0	0,0	53
Prescrever complementos alimentares	9,8	2,0	47,1	5,9	11,8	23,5	0,0	0,0	51
Prescrever fitoterápicos	6,3	3,1	18,8	0,0	34,4	37,5	0,0	0,0	32
Prescrever medicamentos alopáticos	25,0	0,0	25,0	25,0	0,0	25,0	0,0	0,0	4
Prescrever nutrição enteral	10,4	2,1	58,3	4,2	6,3	16,7	0,0	2,1	48
Prescrever nutrição parenteral	8,7	0,0	73,9	4,3	0,0	13,0	0,0	0,0	23
Prescrever suplementos alimentares	9,8	0,0	35,3	2,0	17,6	35,3	0,0	0,0	51
Realizar ações de promoção da saúde	17,3	19,2	23,1	11,5	11,5	13,5	3,8	0,0	52
Realizar acolhimento com classificação de risco	10,7	46,4	7,1	28,6	7,1	0,0	0,0	0,0	28
Realizar acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família	21,4	11,9	16,7	33,3	14,3	2,4	0,0	0,0	42
Realizar atendimento de urgência e emergência	12,5	12,5	0,0	25,0	37,5	12,5	0,0	0,0	8
Realizar avaliação nutricional de pacientes	3,6	0,0	70,9	1,8	0,0	20,0	1,8	1,8	55
Realizar avaliação nutricional pré e pós-operatório	8,7	0,0	60,9	4,3	4,3	21,7	0,0	0,0	46
Realizar consulta multiprofissional (projeto terapêutico)	17,5	31,6	10,5	14,0	10,5	12,3	3,5	0,0	57
Realizar grupos de educação em saúde	17,0	15,1	24,5	11,3	15,1	15,1	1,9	0,0	53
Realizar medidas antropométricas (circunferência abdominal, peso, altura, calcular IMC)	1,8	0,0	80,7	3,5	1,8	8,8	1,8	1,8	57
Realizar modificações de dieta em pacientes com condições de saúde complexas (como doença renal, diabetes, etc)	7,5	0,0	58,5	3,8	1,9	24,5	0,0	3,8	53
Realizar orientação de saúde bucal	8,8	61,8	5,9	8,8	11,8	2,9	0,0	0,0	34
Realizar vigilância alimentar e nutricional da população de um território	17,0	6,4	42,6	17,0	6,4	10,6	0,0	0,0	47
Solicitar exames laboratoriais	14,0	4,0	54,0	4,0	12,0	12,0	0,0	0,0	50

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

O teste *Mann-Whitney* não indicou nenhuma diferença estatística com relação às variáveis estudadas, tanto para o número de procedimentos que os nutricionistas realizam na unidade de saúde, quanto para o número de procedimentos que estes sabem fazer independente do local de trabalho (Apêndice E). Quanto aos motivos para a não realização dos procedimentos que os profissionais sabem fazer na unidade de saúde, a maioria (72,9%) citou a falta de materiais e infraestrutura inadequada, 57,1% relataram que é realizado por outro profissional de saúde da UBS e 44,3% citaram que não existe demanda e que não realizam por estarem sobrecarregados (Tabela 78)

Tabela 78. Motivos para não realização dos procedimentos que sabem fazer unidade de saúde (n=70).

Motivos	N	%
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	51	72,9
Não existe demanda para a realização destes procedimentos	31	44,3
Não consta nos protocolos e guias clínicos do Município	19	27,1
A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos	24	34,3
Existência de medidas restritivas do conselho de classe	13	18,6
Sobrecarga de trabalho	31	44,3
Não é do âmbito da Atenção Primária em Saúde	29	41,4
É realizado por outro profissional de saúde da UBS	40	57,1
Outro	3	4,3

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Sobre a situação de trabalho atual, 53,2% dizem estar sobrecarregados devido à alta demanda, enquanto 43,5% declaram não estarem sobrecarregados e, destes, 1,6% estaria disposto a realizar mais atividades. (Tabela 79)

Quando orientados a avaliar a disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados, ninguém avaliou como muito bom, 46,2% avaliaram como ruim ou muito ruim e 29,2% como nem bom, nem ruim. (Tabela 80)

Em relação aos recursos utilizados pelos participantes, aproximadamente 90% utiliza a opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde, 67,8% consultam protocolos clínicos, livros e artigos ou participam de atividades educativas ou programa de educação permanente, e 22% opinam/discutem casos com outros nutricionistas ou utilizam o telessaúde. (Tabela 81)

Tabela 79. Situação de trabalho atual dos participantes na unidade de saúde (n=62).

Motivos	N	%
Eu estou sobrecarregado porque trabalho além da minha carga horária	8	12,9
Eu estou sobrecarregado porque faço trabalho de outros profissionais	5	8,1
Eu estou sobrecarregado porque a demanda é alta	33	53,2
Eu não estou sobrecarregado	26	41,9
Eu não estou sobrecarregado e poderia executar mais tarefas clínicas	1	1,6

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 80. Avaliação dos participantes quanto à disponibilidade de encaminhamentos a serviços especializados (n=170).

Avaliação	N	%
Muito bom	0	0,0
Bom	16	24,6
Nem ruim nem bom	19	29,2
Ruim	20	30,8
Muito Ruim	10	15,4
Total	65	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Tabela 81. Recursos utilizados pelos participantes (n=59).

Recurso	N	%
Opinião/discussão de casos com outros nutricionistas	13	22,0
Opinião/discussão de casos com outros profissionais de saúde	53	89,8
Telessaúde	13	22,0
Consulta a Protocolos Clínicos, livros e artigos.	40	67,8
Participa de atividades educativas ou programa de educação permanente	40	67,8
Outros recursos	5	8,5

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Os participantes, por fim, foram solicitados a indicar quais atividades, atualmente privativa de médicos, estariam dispostos a desempenhar nas unidades de saúde em que atuam. Do total de nutricionistas que participaram desta pesquisa (N=70), 68,5% responderam a esta questão. Destes, o total de 27 (56,2%) indicaram que não estariam dispostos a desempenhar atividade atualmente privativa à medicina.

> Nenhuma, visto que se é privativa do médico, nós como nutricionista não podemos realizar mesmo que tenhamos conhecimento para isso. (Nutricionista, Sudeste)

> Considerando o que a gestão cobra de atividades a serem desenvolvidas, atualmente nenhuma atividade privativa do médico seria necessário realizar. (Nutricionista, Sudeste)

> Nenhuma, nas unidades que trabalho temos acesso fácil aos médicos e trabalhamos em equipe. (Nutricionista, Nordeste)

Entre as atividades listadas pelos nutricionistas, a mais citada foi a prescrição e interpretação de exames, com 42,8%, seguida por prescrição dietética, 28,5%.

> Atualmente a solicitação de fórmulas nutricionais para o Estado de SC é privativa do médico e pela minha percepção deveria ser do profissional nutricionista. (Nutricionista, Sul)

> Solicitação de exames bioquímicos, pois, na unidade a cota disponível e insuficiente para atender ao dos médicos. Começar o tratamento por encaminhamento e ficar sem saber o resultado segundo alterações dos exames bioquímicos. (Nutricionista, Nordeste)

Alguns respondentes (9,5%) citaram que estariam dispostos a prescrever medicamentos, fitoterápicos ou não, e realizar diagnóstico clínico (9,5%). Outro nutricionista afirmou que em na unidade de saúde onde trabalha, já realiza todas as atividades possíveis de ser realizadas.

> Prescrição de fitoterápicos para dispensação nas farmácias de UBS,no município de São Paulo o profissional Nutricionista não é prescritor . A prescrição de fitoterápicos é permitida aos nutricionistas porém a prescrição com carimbo de nutri não possibilita a retirada dos fitos disponibilizados pelo SUS. (Nutricionista, Sudeste)

> Requisição e interpretação de exames de imagens, prescrição de medicamentos que contribuem de maneira positiva no tratamento dietoterápico, como tratamento de dislipidemia, hipertensão. Suplementação de micronutrientes a exemplo da megadose de vit D, em caso de deficiência da mesma. (Nutricionista, Sudeste)

> Nenhuma, todas as atividades que posso realizar eu posso fazer. Como por exemplo solicitar exames bioquímicos, que cabe também ao médico realizar. (Nutricionista, Nordeste)

Apêndice A

Tabela 82. Distribuição dos procedimentos realizados por dentistas, na unidade de saúde, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=90

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	14,7±2,7	15,0	0,109	23,0±3,5	23,0	0,000
Masculino	15,5±4,2	15,0		24,7±2,6	25,0	
Idade §						
≤ 37 anos	14,9±2,9	15,0	0,250	23,8±3,1	24,0	0,132
> 37 anos	15,0±3,3	15,0		23,3±3,4	23,0	
Tempo de graduação						
≤12,5 anos	15,1±3,1	15,0	0,554	23,9±3,0	24,0	0,057
>12,5 anos	14,9±3,1	15,0		23,2±3,5	23,0	
Título de especialista						
Sim	15,0±3,2	15,0	0,474	23,3±3,3	23,0	0,008
Não	14,6±3,1	15,0		24,1±3,8	25,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤ 8 anos	14,8±3,1	15,0	0,295	23,4±3,7	24,0	0,034
> 8 anos	14,8±3,5	15,0		22,9±3,7	23,0	
Tempo de atuação na UBS §						
≤ 3 anos	14,7±3,3	15,0	0,265	23,4±3,7	24,0	0,030
> 3 anos	15,0±3,3	15,0		22,9±3,8	23,0	
Carga Horaria na UBS§						
<40 horas	14,3±4,0	15,0	0,779	22,7±4,8	24,0	0,920
>40 horas	15,0±2,9	15,0		23,3±3,2	23,0	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	14,9±2,8	16,0	0,151	23,4±4,5	25,5	0,274
Nordeste	14,4±3,5	15,0	REF	22,8±3,7	23,0	REF
Sudeste	15,3±3,3	15,0	0,027	23,2±4,0	24,0	0,164
Sul	14,5±3,1	15,0	0,495	23,5±3,3	23,0	0,162
Centro-oeste	15,2±3,3	14,0	0,823	23,6±2,9	23,5	0,512
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	15,5±3,9	15,0	REF	22,9±4,5	23,5	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	15,2±3,1	15,0	0,665	23,6±3,3	25,0	0,590
Mais de 20 até 50 mil hab.	14,7±2,9	15,0	0,059	23,5±3,5	24,0	0,458
Mais de 50 até 100 mil hab.	14,5±3,1	15,0	0,044	22,7±3,1	23,0	0,322
Mais de 100 até 500 mil hab.	14,9±3,3	15,0	0,198	23,6±3,4	24,0	0,578
Mais de 500 mil hab.	14,5±3,3	15,0	0,137	22,5±4,4	23,0	0,479
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	14,9±3,1	15,0	REF	23,0±3,6	23,0	REF
De 16 a 30 minutos	15,0±3,0	15,0	0,488	23,4±3,7	23,5	0,429
De 31 a 45 minutos	14,8±3,9	15,0	0,764	23,1±3,5	23,0	0,865
De 46 a 60 minutos	14,5±3,8	15,0	0,857	23,3±4,6	25,0	0,102
De 61 a 120 minutos	14,5±3,2	15,0	0,247	23,3±3,7	24,0	0,454
Mais de 120 minutos	15,6±3,3	16,0	0,425	24,4±2,9	25,0	0,057

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Apêndice B

Tabela 83. Distribuição dos procedimentos realizados por fisioterapeutas, na unidade de saúde, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=90

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	19,6±6,4	21,0	0,136	26,2±3,5	27,0	0,002
Masculino	18,1±7,3	18,0		23,6±6,3	25,0	
Idade §						
≤ 33 anos	19,1±6,7	19,0	0,696	25,6±5,1	27,0	0,234
> 33 anos	19,2±6,9	21,0		25,3±3,3	27,0	
Tempo de graduação						
≤8,5 anos	18,6±7,0	19,0	0,234	25,2±5,7	24,0	0,535
>8,5 anos	19,7±6,5	21,0		25,8±3,5	23,0	
Título de especialista						
Sim	19,4±6,8	21,0	0,099	25,6±4,5	27,0	0,218
Não	17,8±6,1	18,5		24,8±5,4	26,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤ 4,5 anos	18,7±6,8	19,0	0,116	24,9±5,7	27,0	0,494
> 4,5 anos	19,7±6,9	21,0		25,6±4,6	27,0	
Tempo de atuação na UBS §						
≤ 3 anos	18,6±6,9	19,0	0,083	25,0±5,2	27,0	0,085
> 3 anos	19,9±6,7	21,0		25,5±5,1	27,0	
Carga Horaria na UBS§						
<20 horas	19,5±6,7	21,0	0,663	25,0±5,7	27,0	0,859
>20 horas	19,0±6,8	19,0		25,6±4,7	27,0	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	16,2±9,4	15,5	0,229	23,6±7,8	27,5	0,950
Nordeste	19,5±6,4	20,0	REF	25,0±5,6	27,0	REF
Sudeste	19,1±6,3	21,0	0,624	25,3±5,1	27,0	0,751
Sul	19,1±7,9	20,0	0,872	25,7±4,9	27,0	0,496
Centro-oeste	20,6±6,7	22,0	0,412	25,7±2,4	27,5	0,577
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	18,8±8,6	22,0	REF	24,8±5,7	27,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	21,0±7,2	23,0	0,398	26,1±4,8	27,0	0,215
Mais de 20 até 50 mil hab.	20,1±6,3	21,0	0,751	26,0±4,4	27,0	0,270
Mais de 50 até 100 mil hab.	18,5±6,4	19,0	0,520	25,7±5,1	27,0	0,478
Mais de 100 até 500 mil hab.	18,3±5,5	18,0	0,357	25,4±4,1	27,0	0,753
Mais de 500 mil hab.	19,0±7,0	21,0	0,641	24,2±6,2	26,0	0,485
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	18,8±6,7	20,0	REF	24,9±5,7	27,0	REF
De 16 a 30 minutos	19,8±5,5	20,5	0,673	26,1±3,5	27,0	0,408
De 31 a 45 minutos	20,4±6,4	22,0	0,188	26,2±3,4	27,0	0,240
De 46 a 60 minutos	18,2±7,8	19,0	0,785	24,9±5,8	27,0	0,702
De 61 a 120 minutos	19,6±6,5	20,0	0,563	25,4±5,0	26,0	0,707
Mais de 120 minutos	19,1±9,1	23,0	0,410	25,4±6,1	27,0	0,414

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Apêndice C

Tabela 84. Distribuição dos procedimentos realizados por farmacêuticos, na unidade de saúde, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=90

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	19,2±7,7	17,0	0,204	33,3±8,3	35,0	0,013
Masculino	21,8±10,1	21,5		37,8±6,3	39,0	
Idade §						
≤ 34 anos	18,6±7,3	18,0	0,182	33,8±7,9	35,5	0,211
> 34 anos	21,9±9,8	21,0		35,9±7,9	38,0	
Tempo de graduação						
≤8 anos	19,7±8,2	19,0	0,896	33,9±8,5	36,0	0,364
>8 anos	20,5±9,2	18,0		35,9±7,2	36,0	
Título de especialista						
Sim	19,7±9,1	18,0	0,237	34,5±8,0	36,0	0,531
Não	21,7±6,3	22,0		35,7±7,7	39,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤ 5 anos	17,4±6,3	18,0	0,141	32,9±8,6	35,0	0,262
> 5 anos	20,9±10,0	18,5		34,3±9,5	37,0	
Tempo de atuação na UBS §						
≤ 4 anos	19,1±7,2	18,5	0,829	33,9±8,7	36,0	0,948
> 4 anos	19,6±10,4	17,0		33,5±9,6	35,0	
Carga Horaria na UBS						
≤40 horas	18,7±8,0	18,0	0,031	33,3±9,0	35,0	0,063
>40 horas	38,5±12,0	38,5		43,5±5,0	43,5	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	24,5±9,4	27,0	0,224	36,3±8,3	38,0	0,251
Nordeste	18,0±8,7	16,0	REF	31,6±8,5	34,0	REF
Sudeste	19,2±9,0	18,0	0,509	33,3±10,3	36,0	0,223
Sul	20,7±7,4	19,5	0,318	36,2±5,1	38,0	0,124
Centro-oeste	15,5±7,1	18,0	0,765	36,0±3,6	37,0	0,227
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	19,5±11,9	16,0	REF	31,9±10,7	31,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	21,6±12,0	17,0	0,605	36,9±7,1	38,5	0,387
Mais de 20 até 50 mil hab.	17,0±7,4	15,5	0,976	33,0±9,8	36,5	0,926
Mais de 50 até 100 mil hab.	21,2±13,6	23,0	0,955	26,8±16,7	30,0	0,661
Mais de 100 até 500 mil hab.	17,5±7,3	17,5	0,987	34,7±8,8	35,0	0,516
Mais de 500 mil hab.	20,9±6,5	20,5	0,335	33,8±7,0	35,5	0,806
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	19,6±6,5	19,0	REF	34,0±8,5	36,0	REF
De 16 a 30 minutos	14,6±6,6	14,0	0,123	36,2±2,6	35,0	0,974
De 31 a 45 minutos	22,3±9,4	19,0	0,540	33,5±9,5	35,0	0,961
De 46 a 60 minutos	16,3±7,3	16,0	0,065	32,9±6,3	30,0	0,390
De 61 a 120 minutos	19,9±12,8	19,0	0,845	31,1±13,6	35,0	0,752
Mais de 120 minutos	18,0±12,8	18,5	0,800	36,7±7,8	39,5	0,315

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Apêndice D

Tabela 85. Distribuição dos procedimentos realizados por psicólogos, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=2283

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	19,0±7,9	21,0	0,623	26,0±5,2	27,0	0,208
Masculino	16,5±10,7	20,0		27,4±2,8	28,0	
Idade §						
≤34 anos	19,3±7,9	22,0	0,301	26,6±3,8	27,0	0,887
>34 anos	17,7±9,0	20,5		25,8±5,9	27,5	
Tempo de graduação						
≤9,5 anos	19,4±7,8	22,0	0,353	26,3±4,7	27,0	0,968
>9,5 anos	18,0±8,8	20,0		26,1±5,2	27,0	
Título de especialista						
Sim	18,9±8,2	21,0	0,492	26,2±5,1	28,0	0,452
Não	17,6±9,2	21,0		26,2±4,5	27,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤4 anos	19,7±7,8	22,0	0,017	27,2±2,7	28,0	0,005
>4 anos	19,9±9,0	20,0		24,7±6,6	26,5	
Tempo de atuação na UBS §						
≤2,8 anos	18,6±8,6	21,0	0,542	26,4±5,1	28,0	0,092
>2,8 anos	18,4±8,3	20,0		25,8±4,5	26,5	
Carga Horaria na UBS						
≤30 horas	16,5±9,0	19,0	0,000	25,2±5,8	27,0	0,002
>30 horas	21,5±6,5	23,0		27,3±3,1	28,0	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	20,3±8,8	23,0	0,708	25,1±4,6	28,0	0,468
Nordeste	20,7±6,3	22,5	REF	26,7±4,6	28,0	REF
Sudeste	17,1±9,5	20,5	0,128	25,8±5,4	27,0	0,191
Sul	19,2±7,9	22,0	0,448	25,9±4,9	27,0	0,144
Centro-oeste	15,8±7,7	16,5	0,037	26,3±5,3	26,5	0,768
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	21,1±6,4	22,0	REF	27,5±2,4	28,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	17,5±9,7	21,5	0,309	26,3±3,8	27,0	0,129
Mais de 20 até 50 mil hab.	20,6±7,5	23,0	0,977	27,6±2,8	28,0	0,917
Mais de 50 até 100 mil hab.	19,5±5,2	20,0	0,175	25,5±4,3	26,0	0,014
Mais de 100 até 500 mil hab.	15,5±10,4	20,0	0,048	25,1±6,6	27,0	0,078
Mais de 500 mil hab.	18,2±7,2	20,0	0,078	24,6±6,4	25,5	0,008
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	17,8±8,5	20,0	REF	24,8±6,6	26,0	REF
De 16 a 30 minutos	16,5±9,4	19,0	0,678	26,2±3,0	26,5	0,863
De 31 a 45 minutos	19,0±8,5	22,0	0,469	27,0±2,9	28,0	0,114
De 46 a 60 minutos	16,6±11,0	22,0	0,870	27,4±4,3	28,0	0,021
De 61 a 120 minutos	21,1±6,5	22,0	0,094	26,7±4,1	28,0	0,053
Mais de 120 minutos	21,4±2,9	22,0	0,405	28,1±1,1	28,5	0,021

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Apêndice E

Tabela 33. Distribuição dos procedimentos realizados por nutricionistas, e de procedimentos que eles declaram saber fazer segundo características sociodemográficas. Brasil. N=2283

Característica	Número de procedimentos realizados			Número de procedimentos que sabem fazer		
	Média±DP	Mediana	p-valor*	Média±DP	Mediana	p-valor *
Sexo						
Feminino	27,4±6,2	27,0	0,630	34,3±6,5	36,0	0,415
Masculino	30,0±0,0	30,0		37,5±3,5	37,5	
Idade §						
≤31 anos	28,1±5,0	29,0	0,582	34,6±5,0	36,0	0,777
>31 anos	26,8±7,1	26,0		34,0±7,8	35,0	
Tempo de graduação						
≤7,0 anos	27,4±7,1	28,5	0,454	33,7±8,0	35,5	0,994
>7,0 anos	27,2±5,0	26,0		34,9±4,3	36,0	
Título de especialista						
Sim	27,8±6,6	27,0	0,236	34,7±6,7	36,0	0,178
Não	26,4±3,6	28,0		33,2±5,8	35,0	
Tempo de atuação na APS §						
≤3,9 anos	26,0±8,8	28,0	0,786	32,1±9,4	35,0	0,076
>3,9 anos	27,3±5,0	26,0		34,8±5,6	36,0	
Tempo de atuação na UBS §						
≤3,0 anos	25,8±8,8	27,5	0,236	31,8±9,6	34,0	0,092
>3,0 anos	27,8±4,6	26,5		35,4±4,7	36,0	
Carga Horaria na UBS						
≤40 horas	26,6±7,4	27,0	0,565	33,3±8,1	35,0	0,985
>40 horas	25,5±3,5	25,5		35,5±2,1	35,5	
Região geográfica do município onde trabalha						
Norte	30,0±1,4	30,0	0,394	36,0±1,4	36,0	0,960
Nordeste	25,7±8,7	26,5	REF	33,3±10,2	36,5	REF
Sudeste	26,7±7,5	28,0	0,616	31,9±7,8	34,0	0,161
Sul	27,9±4,9	26,0	0,960	35,3±2,0	36,0	0,497
Centro-oeste	26,4±2,3	26,0	0,634	36,8±2,0	37,0	0,634
Porte do município onde trabalha						
Até 10 mil habitantes	27,7±9,4	31,0	REF	32,7±9,9	35,0	REF
Mais de 10 até 20 mil hab.	28,4±6,6	30,0	0,824	32,4±7,8	35,0	0,766
Mais de 20 até 50 mil hab.	25,7±6,6	26,0	0,270	34,4±8,8	37,0	0,425
Mais de 50 até 100 mil hab.	28,4±4,0	29,5	0,502	36,3±1,4	36,0	0,476
Mais de 100 até 500 mil hab.	24,9±9,4	26,0	0,222	32,7±10,5	36,0	1,000
Mais de 500 mil hab.	25,9±5,9	26,0	0,162	32,8±5,9	34,5	0,645
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	25,8±7,7	26,0	REF	33,4±7,7	36,0	REF
De 16 a 30 minutos	24,1±9,3	23,0	0,676	28,6±11,4	34,0	0,137
De 31 a 45 minutos	28,7±4,4	29,0	0,371	34,7±3,3	33,5	0,766
De 46 a 60 minutos	22,5±13,8	28,0	0,869	28,3±16,4	35,0	0,869
De 61 a 120 minutos	28,8±4,5	28,0	0,229	36,2±4,0	37,0	0,131
Mais de 120 minutos	31,7±2,1	31,0	0,128	37,0±2,0	37,0	0,318

Calculado pelo Teste de Mann Whitney; § Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Volume XII – Produções científicas

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Março 2017

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde

Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

Relatório Final

Coordenação Geral

Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

Março/2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Reitor: Ruy Garcia Marques
Vice-reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Diretor: Gulnar Azevedo e Silva
Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE PESQUISA IMS/UERJ
Coordenadora: Celia Regina Pierantoni

CENTRO COLABORADOR DA OMS/OPS PARA PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
Diretora: Celia Regina Pierantoni

Equipe de pesquisadores
Carinne Magnago
Cid Manso de Mello Vianna
Márcia Silveira Ney
Mario Roberto Dal Poz
Roberto Parada
Rômulo Gonçalves de Miranda
Swheelen de Paula Vieira
Tânia França
Victoria da Fraga Lemos

Equipe administrativa
Susana Dal Poz
Valéria Dias Mattos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Estação de Pesquisa IMS/UERJ - Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Equipe da pesquisa
Celia Regina Pierantoni
Carinne Magnago
Márcia Silveira Ney
Rômulo Gonçalves de Miranda
Swheelen de Paula Vieira
Victoria da Fraga Lemos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 EM SAÚDE
Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

- - - - - -

INSTITUIÇÃO EXECUTORA
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde - Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Equipe da pesquisa
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria

Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Renata Bernardes David
Sabado Nicolau Girardi
Thaís Viana Lauar