

Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos

Especialistas no Brasil – Etapa II

Relatório Final da META 05:

Levantamento de escopos de prática de especialidades médicas

Elaboração:

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG

Estação de Trabalho ObservaRH IMS/UERJ



Abril de 2021

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Projeto: Rede Colaborativa para Produção de Subsídios para Formação e Alocação de Especialistas no Brasil - ETAPA II

Financiamento: Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Coordenação: Valéria Morgana Penzin Goulart

Referência no projeto:

META 5 – Levantamento de escopos de prática de especialidades médicas

Elaboração do relatório:

Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NES-CON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Estação de Trabalho ObservaRH do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Equipe de Pesquisadores

Ana Carolina Maciel de Assis Chagas

Ana Cristina de Sousa van Stralen

Celia Regina Pierantoni (Coordenadora da Estação IMS/UERJ)

Cristiana Leite Carvalho

Erick de Oliveira Faria

Flávio Paiva Loureiro (*in memoriam*)

Jackson Freire Araújo

Joice Carvalho Rodrigues

Joana Natália Cella

Lucas Wan Der Maas

Samuel Araujo Gomes da Silva

Sabado Nicolau Girardi (Coordenador da EPSM/NESCON/FM/UFMG)

Sumário

Apresentação	3
1. Introdução.....	4
2. Revisão de literatura.....	7
2.1. Regulação da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados ...	8
2.1.1. Estados Unidos	9
2.1.2 Canadá.....	10
2.1.3 Holanda	12
2.1.4 Experiências de reformas da formação de médicos especialistas	1
2.1.5 Modelos de formação de especialidades médicas por competências na prática	6
2.1.6. Modelo de formação e exercício de especializadas no Brasil.....	8
2.2. Iniciativas internacionais de compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde	12
2.2.1 Enfermeiros de práticas avançadas (Nurse Practitioners)	12
2.2.2 Assistentes de médicos (Physician Assistants).....	15
2.2.3 Compartilhamento e Transferência de atividades e funções (Skill-Mix e Task-shifting)	18
2.2.4 Experiências internacionais da utilização de NPs, PAs e Task-shifting.....	20
3. Composição do exercício de especialidades no Brasil.....	23
4.1. Compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas	41
4.2. Compartilhamento de escopos de prática com outros profissionais de saúde.	45
4.3. Procedimentos e atividades que poderiam ser realizadas na APS	49
4.4 Mudanças na prática médica em decorrência da introdução de novas tecnologias e envelhecimento da população	54
4.5. Impacto da pandemia do COVID-19 na prática médica	56
5. Considerações Finais.....	58
Referências.....	61

Apresentação

O presente relatório é parte integrante do projeto “Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos Especialistas no Brasil – Etapa II”, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo (ObservaRHSP) – integrantes da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde – e o Laboratório de Desenvolvimento Tecnológico e Análise para a Decisão (LABDEC) do NESCON, UFMG, e que juntos integram a Rede Colaborativa para Produção de Subsídios para Formação e Alocação de Especialistas no Brasil. Esta Rede Colaborativa teve início em 2015 a partir de demanda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde, e tem como objetivo conduzir estudos sobre os principais aspectos do exercício, formação e alocação territorial das especialidades médicas no Brasil e seus determinantes, tendo em vista subsidiar o Ministério da Saúde no desenho das políticas para melhorar o acesso e a qualidade aos cuidados especializados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O relatório apresenta os resultados das atividades previstas na Meta 05 do projeto, intitulada “Levantamento de escopos de prática de especialidades médicas”. Esta meta tem por objetivo levantar os escopos de prática em torno dos procedimentos médicos realizados no âmbito das especialidades médicas selecionadas, buscando identificar possibilidades de expansão e compartilhamento desses escopos entre médicos especialistas e generalistas, nos diversos níveis de atenção, bem como entre outras profissões de saúde que possam ampliar a cobertura assistencial em áreas de maior demanda de especialistas.

Além de uma introdução e de considerações finais, o documento é composto de três partes:

- i. Revisão de literatura sobre a regulação da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados e sobre iniciativas internacionais de compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde;
- ii análise da composição do exercício de especialidades médicas no Brasil; e
- iii análise de entrevistas em profundidade com atores-chaves, considerando o recorte sobre escopo de prática.

1. Introdução

A regulação do trabalho e das profissões em saúde coloca na agenda o desafio de 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 profissionais adequadas às necessidades dos sistemas de saúde. 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 de saúde, incluído das especialidades médicas (DOWER; MOORE; LANGELLER, 2013; NELSON et al., 2014).

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). Nas áreas da saúde, o termo "escopo de prática" é utilizado para descrever o conjunto de atividades e procedimentos que um profissional de saúde é autorizado a exercer, com segurança, segundo a sua formação, treinamento e competência profissional. O escopo de prática não é estático, podendo variar ao longo do tempo, tanto intra como entre profissões de saúde. Vários atores e instituições participam da definição do escopo de prática: 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 (GIRARDI, 2002; GIRARDI, 2010)

Esta distinção entre o escopo de prática da profissão e de seus atores e instituições é de extrema relevância para os processos de revisão de escopos de prática, uma vez que tem como implicação a necessidade de que tais revisões extrapolam as atividades definidas formalmente nas legislações de exercício profissional, nas classificações ocupacionais e nos currículos educacionais. É preciso, portanto, levar 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. 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 (GIRARDI, 2002).

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 acessibili-

dade 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 (GIRARDI, 2002).

No caso brasileiro, um dos aspectos a ser considerado refere-se à adequação dos parâmetros de regulação adotados no país ao Sistema Único de Saúde (SUS). Necessário também refletir sobre os atores envolvidos no processo de regulação, considerando a existência de um processo em que comporta a participação de diferentes atores governamentais (como Ministério da Saúde, da Educação e da Economia) 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 e incorporar novas atividades, pensando corporativamente, ou legislando em função do outro, afirmando que uma categoria pode fazer determinada atribuição e outra não pode.

Há entre as profissões de saúde uma constante disputa entre espaços e poder. A detenção do poder sobre determinados atos é garantida pelo monopólio do conhecimento. As disputas ocorrem no sentido de manter o domínio sobre estes atos, que consideram pertencer ao seu escopo de prática. Essas disputas são transpostas também para o interior das profissões, ou seja, há disputa pela ordem hierárquica, status, poder e práticas, no caso da medicina, entre as especialidades médicas (ABBOTT, 1988).

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 à 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 (GIRARDI, 2002).

A formação enquadra-se também como um importante componente e determinante do escopo de prática de profissionais de saúde. Neste sentido tem se observado um movimento mundial de reformas da formação em direção a uma lógica centrada no desenvolvimento de competências necessárias para atender as necessidades de saúde das populações. É preciso formar profissionais, buscando promover a qualificação da atenção, bem como também criar um sistema de regulação que tenha condições e flexibilidade suficientes para 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, a formação e qualificação daqueles que exercem a prática nos diferentes pontos do país, assim como capaz de promover o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde.

No presente estudo, o tema dos escopos de prática em torno das especialidades médicas foi abordado a partir de três atividades. Em um primeiro momento, foi realizado levantamento de literatura sobre os aspectos regulatórios da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados, bem como de experiências adotadas em torno ao compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outras profissões de saúde. O resultado do levantamento está apresentado no capítulo 2.

Em seguida, optou-se por abordar a questão dos escopos de prática de médicos especialistas a partir da análise de dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES-MS). Embora essa fonte não seja um registro de escopos de prática, isto é, de ações, procedimentos e atividades realizadas pelos médicos, foi possível abordar a questão de forma aproximada ao verificar como os profissionais combinam sua prática ao se ocuparem em mais de uma especialidade ou, ao contrário, se restringem à prática de uma única especialidade. A observação dessas combinações permitiu propor hipóteses sobre escopos de prática abrangentes e compartilhados, tendo em vista o exercício em múltiplas especialidades – o que obviamente varia de uma especialidade para outra. Os resultados são apresentados no capítulo 3.

O escopo de prática de médicos especialistas também foi investigado através da análise de entrevistas em profundidade que foram realizadas como um componente geral do projeto (ver detalhes no relatório da Meta 01). Assim, foram incluídas questões específicas sobre o tema nos roteiros das entrevistas com prestadores de serviços, em especial gestores públicos responsáveis pela atenção especializada, representantes das sociedades médicas, coordenadores de programas de residência médica e com os próprios profissionais. As seguintes dimensões e temas foram tratados: (i) escopo de prática geral: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional, fluxo de atendimento; (ii) escopo de prática relacionado à Atenção Primária em Saúde: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional que são recebidos por encaminhamento, referência e contra referência; (iii) opinião sobre a expansão do escopo de prática dos profissionais, quais os casos poderiam ser tratados por médicos na atenção primária, por outros especialistas e outros profissionais de saúde não médicos, bem como as vantagens e desvantagens da expansão e compartilhamento dos escopos. Os resultados foram analisados no capítulo 4 por meio de análise de conteúdo.

2. Revisão de literatura

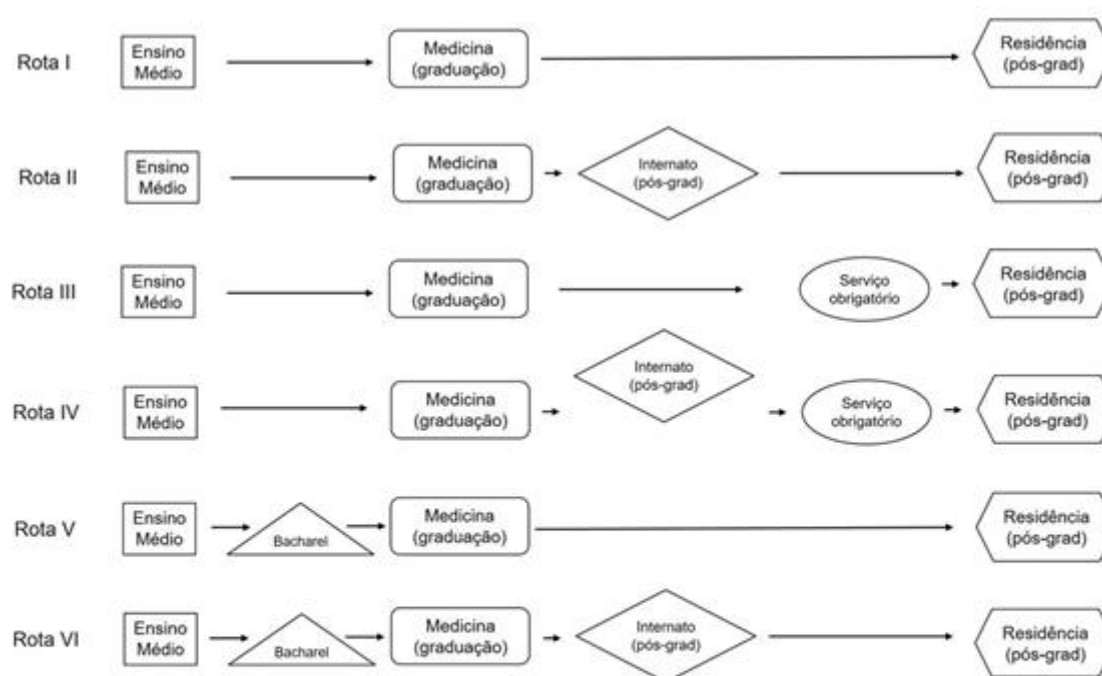
No presente estudo foram realizadas duas revisões de literatura: i. levantamento de modelos de formação e exercício de especialistas no Brasil e em países selecionados, e ii. sistematização de experiências de expansão e compartilhamento de escopos de prática entre médicos e demais profissionais de saúde. Inicialmente estas duas revisões foram propostas de forma independente, previstas nas metas 04 e 05 do projeto, respectivamente. Entretanto, a partir de uma busca inicial, verificou-se que as experiências internacionais de compartilhamento de escopos e prática entre especialidades médicas está diretamente associada a processos de reformas da pós-graduação médicos que envolvem a expansão do núcleo de competência comuns entre as especialidades. Além disso, a busca de literatura acadêmica e convencional trouxe muito pouco sobre experiências concretas que dizem respeito ao compartilhamento de práticas entre especialidades médicas. Desta forma optou-se por tentar compreender melhor as reformas nos sistemas de regulação dos escopos de prática e da formação médica, em três países que passaram por processo de reforma, sendo eles Estados Unidos, Canadá e Holanda.

Neste sentido, abordamos os processos de regulação da formação e do exercício de especialidades nos países selecionados, considerando o desenvolvimento de modelos de expansão do núcleo de competências comuns entre as especialidades médicas, que favorecem iniciativas de compartilhamento e sobreposição de competências e escopo de prática. Em seguida fazemos um breve contraponto com o modelo de formação e exercício de especialistas no Brasil. Adicionalmente apresentamos uma breve descrição das principais iniciativas de compartilhamento de escopos de prática entre médicos e entre outros profissionais de saúde, considerando os países selecionados: Estados Unidos, Canadá e Holanda.

2.1. Regulação da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados

Segundo Wijnen-Meijer (2013), existem 6 rotas conhecidas de formação médica ao redor do mundo, conforme demonstrado na Figura 1. A rota V, designada como pertencente aos EUA e ao Canadá, é caracterizada por possuir um período em que os alunos devem cursar um outro bacharelado antes de ingressar na escola de medicina propriamente dita. Já a rota I, designada a países como Brasil e Holanda, se caracteriza por uma entrada na escola de medicina imediatamente após a conclusão do ensino médio ou equivalente. Em ambas rotas, a especialização, caracterizada como residência médica, é uma etapa posterior à escola de medicina sem a necessidade de internato ou serviço obrigatório entre elas. Já as credenciais e as formas de ingresso na pós-graduação médicas em cada um dos países varia de acordo com seu modelo de governança.

Figura 1 – Modelos gerais de formação médica.



Rota I - Argentina, Brasil, China, DR Congo, França, Geórgia, Alemanha, Índia, Itália, México, Holanda, Rússia, Arábia Saudita, Espanha, Ucrânia e Uruguai.

Rota II - Austrália (1), Bangladesh, Dinamarca, Israel, Japão, Paquistão, Suécia e Reino Unido.

Rota III - Colômbia, República Dominicana, Etiópia, Irã, Nicarágua, Peru, Turquia **.

Rota IV - Egito, Nigéria, África do Sul, Sudão do Sul, Sudão, Indonésia**.

Rota V - Canadá e EUA.

Rota VI - Austrália (2) e Filipinas.

*Internato também é chamado de *foundation programme*, *medical officer*, *house officer training period* or *housemanship*.

** Na Turquia e Indonésia, o serviço mandatório (social) também pode acontecer depois da residência.

Fonte: Wijnen-Meijer (2013).

2.1.1. Estados Unidos

O registro pleno como médico é concedido após o aluno ser aprovado no exame nacional de licenciamento. As duas primeiras partes do exame são feitas após o término da graduação em medicina; e a terceira parte após o primeiro ano da pós-graduação. Sendo que as 3 partes devem ser completadas em 7 anos. O *United States Medical Licensing Examination* (USMLE) é o exame aplicado aos alunos da escola médica alopática e o *Comprehensive Osteopathic Medical Licensing Examination* (COMLEX) é aplicado para os alunos das escolas de medicina osteopática (WEGGEMANS et al., 2017).

Nos EUA a entrada na pós-graduação médica é feita por meio de um sistema nacional de exame para admissão nos programas de residência. Para participarem do *National Resident Matching Program* os alunos se candidatam para uma média de 30-40 programas de seu interesse, faz entrevistas em 12-15 destes e, por fim, enviam uma lista com os programas de interesse em ordem de preferência. Após as entrevistas, os diretores dos programas também submetem uma lista com as candidatas e candidatos em ordem de preferência. Com esses dados o programa faz a combinação entre os alunos e os programas. O resultado das combinações é obrigatório. Ou seja, os candidatos devem se matricular nos programas que foi entendido pelo programa como a sua melhor combinação (WEGGEMANS et al., 2017).

Conseguir um certificado em uma especialidade (incluindo especialidade generalista) ou subespecialidade nos EUA é inteiramente voluntário. Tendo concluído com sucesso um BA, um diploma de MD ou DO em um ou dois anos em um programa de treinamento em residência médica, os médicos podem solicitar uma licença estadual para praticar. É importante observar que, caso um médico deseje trabalhar posteriormente como "especialista", o programa de treinamento de residência médica deve ser reconhecido pelo Conselho de Credenciamento para Educação Médica de Pós-Graduação (ACGME). Uma licença estadual de prática é o nível mínimo de competência que um médico precisa para realizar o trabalho clínico.

A fim de obter a certificação em uma especialidade ou subespecialidade específica após o término de um programa de treinamento em residência médica, o médico deve primeiro completar de três a cinco anos em um programa de treinamento em residência credenciada por um conselho especialista. Depois de concluído, o médico deve passar por um exame escrito e, às vezes, oral, administrado pelo comitê de especialistas. Se for bem-sucedido, o médico adquirirá a certificação de especialista. Muitos conselhos limitam a duração de seus certificados (geralmente entre 6 e 10 anos), o que exige que os médicos passem por re-certificação periodicamente. Um sistema de *grandfathering* geralmente existe, por meio do qual aqueles que obtiveram certificação de especialidade ou subespecialidade antes de uma determinada data não são obrigados a se re-certificar.

É importante ressaltar que o médico está livre para trabalhar como especialista nos EUA sem a certificação de um determinado conselho especialista. No entanto, como um artigo recente colocou, "vinte e cinco anos atrás, a certificação do conselho era admirável, mas não essencial para praticar medicina. Hoje é imperativo (GMC, 2011) muito em função das mudanças contextuais e do valor que certificado de especialista passou a ter entre médicos e seguradoras de saúde. Vários estudos recentes encontraram uma associação positiva entre a certificação do conselho e a qualidade do atendimento clínico (Ramsey et al., 1989; Norcini, Lipner, Kimball, 2002; Silber et al., 2002; Chen et al., 2006; Holmboe et al., 2008; Turchin et al., 2008). Como assinalam Cassel e Holmbløe (2008), os planos de saúde especializados e as instituições de saúde, para se "distinguirem", podem exigir que os médicos requeiram uma certificação especializada do conselho. Além disso, a ABMS lançou recentemente um novo website (www.certificationmatters.org), que permite que os pacientes verifiquem facilmente se um médico possui certificação do seu conselho. Isso provavelmente aumentará a pressão sobre esses profissionais para se tornarem certificados.

2.1.2 Canadá

A formação médica no Canadá pode ser feita em 16 diferentes escolas, tendo 13 o inglês e 3 o francês como línguas oficiais. Todas elas recebem apoio financeiro do governo, que garante às escolas toda a responsabilidade da formação médica nos níveis de graduação e pós-graduação. Como resultado dessa estrutura, a educação médica no país é representada por um contínuo. Todo o processo de treinamento das especialidades e subespecialidades médicas é credenciado pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* e todas faculdades oferecem residência. Entretanto, nem todas as especialidades estão disponíveis em todas as escolas, apenas as consideradas básicas como medicina interna, pediatria, cirurgia geral, psiquiatria, obstetrícia e ginecologia, patologia e anestesia. Em 18 dos programas a entrada direta após a conclusão da faculdade de medicina é permitida, nos outros é exigido algum treinamento em alguma das áreas básicas. A duração média da maioria deles é de 5 anos, sendo alguns mais rápidos (medicina interna e pediatria duram 4 anos) e outros mais longos (neurocirurgia e cirurgia cardíaca duram 6 anos) (GRAY & RUEDY, 1998).

O processo de obtenção do registro médico no país é bem semelhante ao dos EUA. No Canadá, o registro pleno como médico é concedido após o aluno ser aprovado no exame nacional de licenciamento *Medical Council of Canada Qualifying Examination (MCCQE)*. A primeira parte do exame é feita após o término da graduação em medicina; e a segunda parte é feita após um período mínimo de 12 meses de treinamento médico clínico na pós-graduação. A entrada na pós-graduação médica, por sua vez, também é feita por meio de um sistema nacional de combinação entre os estu-

dantes interessados e os programas disponíveis. Para participarem do *Canadian Resident Matching Service (CaRMS)* os alunos se candidatam para uma média de 30-40 programas de seu interesse, faz entrevistas em 12-15 destes e envia uma lista com os programas em ordem de preferência. Os diretores dos programas também submetem uma lista dos alunos em ordem de preferência. Com esses dados o programa faz a combinação entre estes e os programas. O resultado das combinações também é obrigatório. Ou seja, os candidatos devem se matricular nos programas que foi entendido como a sua melhor combinação (WEGGEMANS et al., 2017).

A formação de médicos especialistas no Canadá é regulada pelo *Canadian Medical Educational Directives for Specialists (CanMEDS)*. No processo, não há exigência de um estágio ou “ano de fundação” que seja separado do treinamento de especialidade. Isso significa que os graduados em medicina decidem com frequência sua profissão especializada antes de concluir um curso de medicina primária.

O Conselho Médico do Canadá, criado em 1912, mantém e implementa métodos para avaliar a competência dos profissionais de medicina e mantém um registro nacional de médicos e suas qualificações. Como nos EUA, cada governo provincial e territorial no Canadá tem a responsabilidade de licenciar médicos para praticar medicina dentro de seus limites. A licença para praticar medicina no Canadá requer a conclusão bem-sucedida de um programa de treinamento de pós-graduação credenciado, bem como a conclusão de exames nacionais de qualificação. Província e território individuais podem ter requisitos diferentes.

O Conselho Médico do Canadá emite licenças nacionais com a qualificação em medicina conhecida como a Licença do Conselho Médico do Canadá (LMCC). Os médicos graduados que satisfizeram os requisitos de elegibilidade e foram aprovados no Exame de Qualificação do Conselho Médico do Canadá, partes I e II, serão registrados no Registro Médico Canadense. O LMCC não é uma licença para praticar medicina. Licenças para praticar medicina são emitidas pela autoridade reguladora médica no território onde o médico irá praticar. No entanto, todas as províncias e territórios aceitam a Licenciatura do Conselho Médico do Canadá e a certificação em uma especialidade certificada pelo *Royal College of Physicians e Surgeons of Canada*. As províncias e territórios também aceitam outras qualificações para licenciamento em base individual.

Atualmente, não é necessário que os médicos realizem um treinamento específico ou ano de estágio, o que é uma diferença significativa em relação a outros caminhos de treinamento e que causou muito debate interno no Canadá. Depois de obter um diploma de medicina primária concedido por uma universidade aprovada, os estudantes solicitam a residência em um programa de treinamento especializado de pós-graduação. Portanto, os alunos progridem de MD para treinamento de especialidade imediatamente. Ao completar a formação especializada, que geralmente dura cinco

anos – mas, no caso da medicina de família, pode ser de apenas dois – os médicos podem concluir os exames para se tornarem especialistas.

2.1.3 Holanda

Na Holanda, o registro pleno como médico é concedido logo após a graduação de 6 anos na escola de medicina, sem a necessidade de um exame de licenciamento em nenhum nível estatal. Caso optem pela formação em alguma especialidade, todos os graduados em escola médica podem se candidatar para a formação de especialista sem necessidade de comprovar experiência médica prévia. Contudo, uma vez que a competição pelas vagas em algumas áreas é alta, os médicos com poucos anos de experiência clínica, pesquisa ou até mesmo doutorado entram em vantagem no processo (WEGGEMANS et al., 2017). Quando o médico não consegue passar imediatamente em uma formação de especialista, ele é considerado um médico assistente que não está em treinamento (*doctor not in specialist training* - ANIOS). É comum o médico atuar enquanto ANIOS em alguma especialidade, como por exemplo ANIOS em cirurgia, antes de conseguir passar em um programa de residência. Na Holanda raramente um médico não segue uma formação especializada. O que pode acontecer é de não conseguir passar na especialidade desejada e eventualmente acabar optando por outra menos concorrente.

No país, a formação de médicos especialistas é regulada pelo *College of Medical Specialisms* (CGS). O CGS é uma organização regida pelo direito privado que compõe o *Royal Dutch Medical Association* (KNMG), que é o órgão que estabelece e define as tarefas e o processo de tomada de decisão, bem como nomeia os 13 membros (entre profissionais médicos e agentes públicos) do CGS. Os membros do CGS não podem ser ao mesmo tempo membros do Conselho da Federação, do conselho de uma associação científica ou associação profissional, do RGS, do comitê consultivo ou do comitê de disputas. O CGS foi criado em 2010 pelo Associação Central de Especialidades Médicas (CCMS), Associação de Clínica Geral, Medicina da Família, Enfermagem e Assistência médica para problemas de saúde mental (CHVG) e a Associação de Medicina Social (CSG).

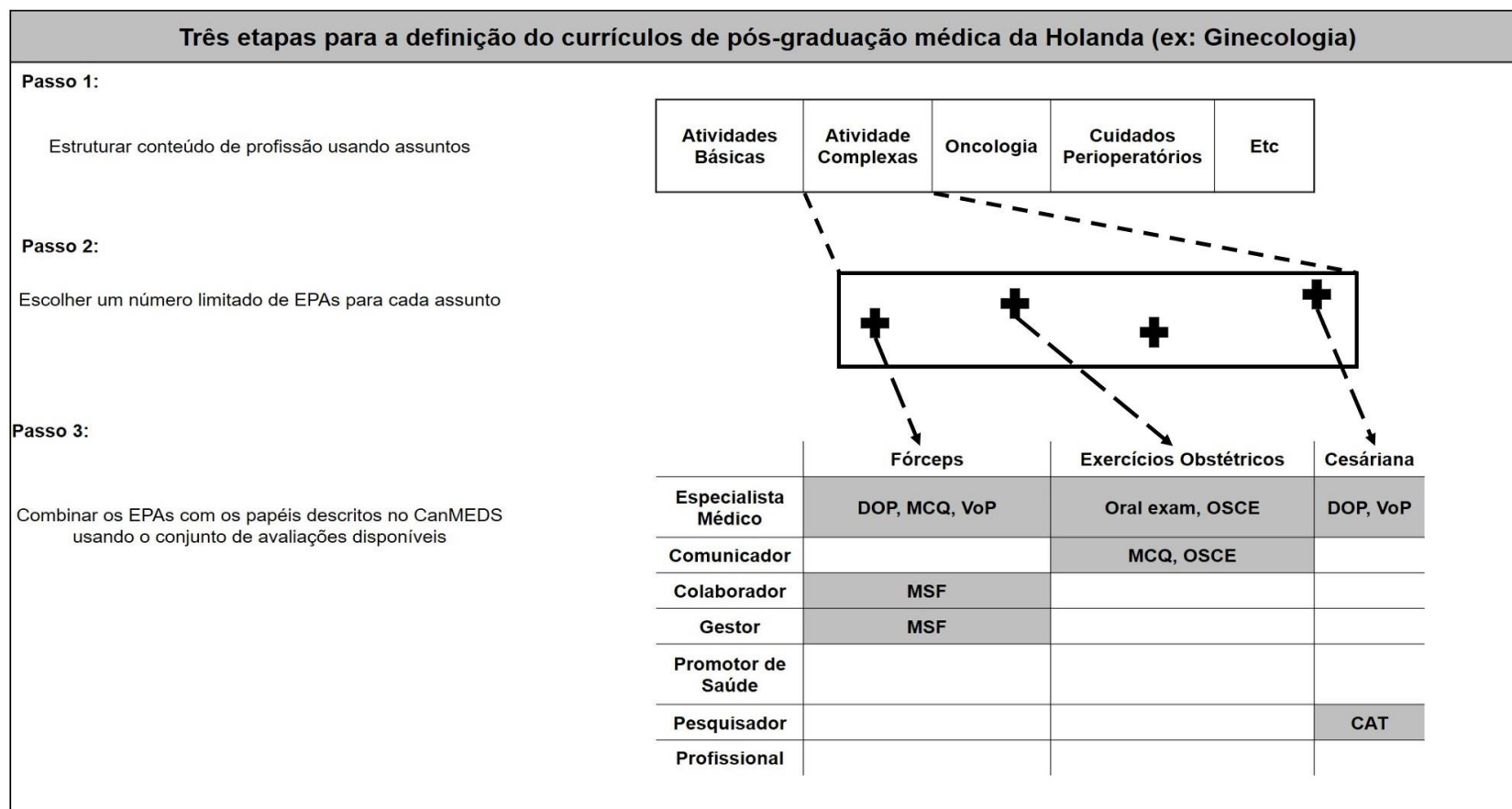
Em geral, podemos dizer que a formação de especialistas médicos na Holanda é um processo altamente regulado e com um sistema rígido de monitoramento do treinamento, apesar de não haver um teste específico para a concessão do título de especialista. Os mecanismos de regulamentação da formação de especialista versam sobre os requisitos necessários para os profissionais responsáveis pelo treinamento, as instituições, a duração, a condição e o conteúdo dessas formações. Para o médico(a) que deseja entrar em um processo de formação de especialistas é necessário se aplicar para um centro de formação de especialistas e, se aceito, notificar o Comitê para Registro de Médi-

cos Especialistas (MSRC) por meio de um plano de treinamento que, se estiver em concordância com o previsto pela legislação, será aprovado. Daí em diante, o residente inicia o processo combinando sua formação com o trabalho no hospital, sempre sob supervisão e com o ganho gradual de autonomia na sua prática como especialista. Uma vez completado o processo, o MSRC concederá ao residente o título de especialista se o departamento de treinamento emitir um comprovante de aprovação no processo. Além disso, é preciso que o residente apresente um portfólio detalhado sobre sua formação como especialista, um artigo científico em uma revista revisada por pares ou comprovante de apresentação de artigo em um evento científico com revisão por pares. Uma vez registrado, ele ou ela deve trabalhar nessa área 16 horas por semana e frequentar 40 horas de educação continuada formal ao ano.

A formação médica no país data do século XVII e, desde então, já passou por diversas mudanças. Na história recente do país, uma das transformações mais abrangentes e significativas é a da década de 1970, que transformou a formação médica em um processo centrado no estudante, focado na solução de problemas, integrado entre suas fases e voltado para as demandas da comunidade. Essa mudança não afetou somente as faculdades de medicina, mas escolas de várias outras áreas também. A declaração de Bologna de 1999 também foi responsável por uma outra mudança que influenciou enormemente a estrutura da formação médica, que passou a ser organizada em um modelo de dois ciclos, um de graduação e um de pós-graduação. Por fim, a última grande reforma na formação de médicos holandeses teve seu início em 2006 com a adoção do modelo baseado em competências desenvolvido pelos órgãos reguladores canadenses para a formação de especialistas (CATE, 2007).

A reforma na pós-graduação médica na Holanda foi instituída por lei e coordenada pelo *Dutch Advisory Board for Postgraduate Curriculum Development* (DAPCD). Nesse processo, todas as 27 sociedades de especialistas tiveram que organizar os conteúdos dos seus currículos de formação em unidades lógicas, denominadas temas, estabelecer quais são as atividades essenciais que cada médico residente deveria desenvolver em cada tema e, por fim, estabelecer um conjunto de métodos avaliativos para cada atividade em cada tema, que dialogue com os papéis/competências descritos pelo modelo canadense CanMEDS (SCHEELE et. al., 2008). Na Figura 2 apresentamos uma tradução do exemplo que os autores deram para ilustrar como esse processo se deu com base no que foi feito para a obstetrícia.

Figura 2 – Exemplo do processo de reforma da pós-graduação médica na Holanda.



Conjunto de avaliações disponíveis: DOP = Observação Direta na Prática, MCQ = Questões de Múltipla Escolha (teste de conhecimento), VoP = Volume de Prática, OSCE = Exame Clínico Estruturado Objetivo, MSF = feedback de várias fontes, CAT = Avaliação Crítica de um tema, EPA = Atividade Profissional Confiável.

Fonte: Scheele et. al. (2008).

2.1.4 Experiências de reformas da formação de médicos especialistas

Nos 3 países em questão (Canadá, EUA e Holanda) o sistema de formação de especialidades médicas passou por reformas recentes em direção a uma lógica de formação centrada no desenvolvimento de competências específicas. É neste contexto que podem ser identificadas as experiências de expansão das *core competencies* e maior compartilhamento de escopos entre especialidades. Segundo Ten Cate (2017), esse modelo de educação médica tem se tornado dominante em vários países, apesar das controvérsias quanto às terminologias utilizadas.

Na lógica dos modelos de competência na educação médica, duas experiências se destacam: 1) a do ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) nos EUA; e o 2) projeto *CanMEDS*, criado no Canadá e adotado por alguns países do norte da Europa e nos países baixos (TEN CATE, 2018).

O projeto que resultou no modelo de competências do ACGME foi iniciado em 1998, denominado como “*Outcome Project*”. A ideia geral era delinear quais eram as habilidades e competências que um médico deveria ter para garantir um tratamento de qualidade ao seu paciente. A padronização do processo de acreditação também era um resultado esperado. O objetivo era criar uma linguagem e uma estrutura comum para pensar e organizar a formação de especialistas médicos (SWING, 2007).

O resultado do “*Outcome Project*”, vastamente conhecido como modelo de formação baseado em competências adotado pelo ACGME, é composto por um conjunto de seis competências gerais (assistência ao paciente, conhecimento médico, profissionalismo, habilidade interpessoais e de comunicação, aprendizado baseado em prática e desenvolvimento e práticas integradas em sistemas) determinadas pelo conselho de acreditação para a educação no nível da pós-graduação médica, pode ser visto no Quadro 1 (WEGGEMANS et al., 2017).

Quadro 1 – Competências ACGME.

ACGME Competências	
Assistência ao paciente	Os médicos residentes devem possuir a habilidade de prover assistência ao paciente de forma atenciosa, apropriada e efetiva para o tratamento de problemas e promoção da saúde.
Conhecimento Médico	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar conhecimento sobre as ciências biomédicas, clínicas e cognatas (por exemplo, epidemiológicas e sócio-comportamentais) estabelecidas e em evolução e a aplicação desse conhecimento ao atendimento ao paciente.
Profissionalismo	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar um compromisso com a realização de responsabilidades profissionais, adesão a princípios éticos e sensibilidade para uma população diversificada de pacientes.
Habilidades Interpessoais e de Comunicação	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que resultem em colaborações e trocas efetivas de informações com pacientes, familiares de pacientes e profissionais associados.
Aprendizado Baseado em Prática e Desenvolvimento	Os médicos residentes devem ser capazes de investigar e avaliar suas práticas de atendimento ao paciente, bem como avaliar e assimilar evidências científicas e melhorar suas práticas de atendimento ao paciente.
Práticas integradas em sistemas	Os médicos devem ser capazes de demonstrar uma consciência e capacidade de resposta ao contexto e ao sistema mais amplo de assistência à saúde, além de capacidade de recorrer efetivamente aos recursos disponíveis no sistema para prestar cuidados que respondam às demandas dos pacientes de forma eficiente.

Fonte: Tradução livre de ACGME (2019).

Esse modelo criado pelo ACGME ganhou tanta relevância e notoriedade que, em 2014, a Associação de Americana de Osteopatia (AOA) assinou um memorando se comprometendo a criar um sistema de acreditação da formação dos seus especialistas fundamentado no modelo vigente na ACGME que será utilizado até Junho de 2020, quando a AOA deixará de credenciar seus programas e passará essa atribuição oficialmente para o ACGME. Acredita-se que essa unificação será benéfica não só para os especialistas, mas também para os hospitais credenciados que poderão solicitar financiamentos e serviços que demandam essa acreditação. Contudo, cabe salientar que esse processo aumentará a pressão na ACGME para garantir os padrões de formação e inserção no mercado de trabalho para esses profissionais entrantes no seu modelo (CUMMINGS, 2017).

Segundo Nasca e Carlson (2016), essa centralidade que o modelo de competências da ACGME tomou na formação de especialistas médicos nos EUA deveria vir acompanhada da proposição de uma política nacional de força de trabalho médica nos países que pudesse responder adequadamente às demandas de formação do mix de especialidades e/ou distribuição geográfica da força de trabalho médica. Entretanto, quando chamado para essa responsabilidade, o órgão responde que não possui autoridade legal para fazer isso, mas que está disposto a se juntar às entidades interessadas no processo para pensar uma solução.

Já o CanMEDS é um projeto que desde 2005 vem mapeando competências essenciais na formação médica, visando melhorar a qualidade da pós-graduação médica no Canadá, bem como superar barreiras entre os processos de mudança de especialidade durante formação médica e buscar formas de evitar tomadas de decisão prematuras. O Projeto de Competências Essenciais entregou seu relatório final em 2010, juntamente com muitas recomendações (GMC, 2011). O CanMEDS é composto por 7 competências centrais (qualificação médica, comunicação, colaboração, gestão, promoção da saúde, pesquisa e desenvolvimento e profissionalismo), como pode ser visto no Quadro 2.

Quadro 2 – Competências CanMEDS.

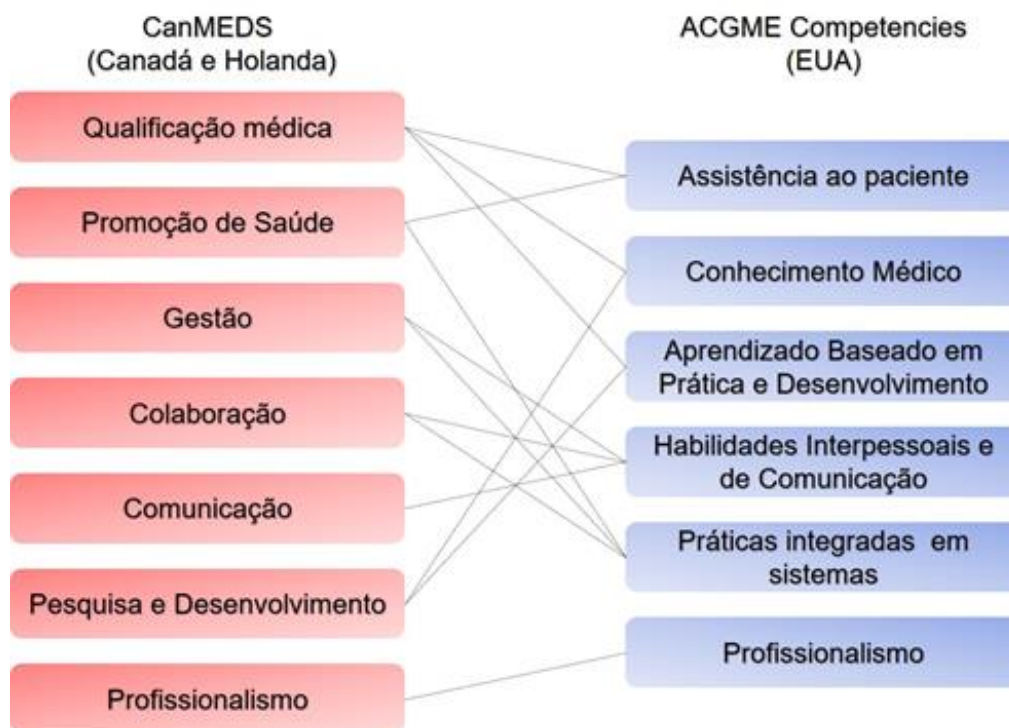
CanMEDS	
Qualificação médica	Os médicos especialistas realizam atividades diagnósticas/terapêuticas que envolvem o gerenciamento de situações em que a priorização médica e as decisões são necessárias. As características distintivas dos serviços de saúde são muitas vezes complexas e imprevisíveis. Em alguns casos, a definição de prioridades e a tomada de decisões ocorrem com base em informações inadequadas e incerteza sobre evidências e melhores práticas. O trabalho requer o domínio de soluções criativas baseadas em conhecimentos e habilidades médico-científicas.
Comunicação	Como comunicadores, os médicos transmitem problemas e soluções por meio do relacionamento respeitoso com as partes envolvidas, como pacientes/familiares, colegas e outras pessoas. Isso é feito através de estratégias orais, escritas e visuais. Assim, contribuem para o diálogo com base na informação e compreensão das partes envolvidas e no conhecimento fundamentado na experiência disponível, combinado com o conhecimento baseado na pesquisa médica da área. A comunicação dos médicos deve ser motivada por sua capacidade e vontade de ver, ouvir, entender e respeitar seus semelhantes.
Colaboração	Como colaboradores, os médicos devem incentivar ativamente as iniciativas de colaboração/trabalho em equipe intra e interdisciplinar na realização das suas tarefas em nível individual, organizacional e social. Elas e eles devem cumprir isso em reconhecimento e respeito pela diversidade de todas e todos envolvidos.
Gestão	Nos postos de gestão/administração/organização, os médicos estão em posição de liderança e supervisão de outros profissionais, planejamento de trabalho e priorização de recursos disponíveis (gestão administrativa), bem como gestão científica e estratégica. Os médicos devem possuir disciplina e gestão do tempo e dos insumos em suas práticas em nível individual, organizacional e social.
Promoção de Saúde	Como promotores da saúde, os médicos motivam e exercem sua influência sobre os comportamentos de saúde dos indivíduos e do sistema como um todo, oferecendo orientação e aconselhamento, bem como iniciando e implementando medidas preventivas, conforme necessário. Na prática diária, os médicos devem capturar e responder aos problemas à medida que surgem e incentivar medidas de promoção da saúde. Devem ajudar ativamente a criar um ambiente que permita aos indivíduos assumir a responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde dos outros.
Pesquisa e Desenvolvimento	Como profissionais acadêmicos, de pesquisadores e ensino, os médicos devem traduzir a pesquisa em prática clínica com base em evidências. Devem avaliar criticamente e questionar a sua prática e dos outros e, assim, aplicar uma abordagem científica em busca de respostas. Em consequência, devem contribuir ativamente para o desenvolvimento de sua área através da participação em projetos de pesquisa e desenvolvimento e atualizações, bem como disseminar seus conhecimentos em todos os níveis. Devem aplicar métodos de pesquisa e treinamento relevantes para sua atividade profissional e se comprometerem a criar um ambiente de aprendizagem positivo.
Profissionalismo	Como profissionais, os médicos devem usar seus conhecimentos em conformidade com o Juramento de Hipócrates, a legislação e sua própria integridade pessoal. O desafio inerente é fazê-lo enquanto se reconhece os dilemas éticos e a complexidade, imprevisibilidade e incerteza que surgem na prática cotidiana. Devem respeitar a integridade e autonomia dos pacientes e agir de acordo com seu melhor julgamento em benefício do paciente/parceiro de colaboração, organização e sociedade. Devem ser conscientes do seu papel como modelos para os outros, reconhecendo seus próprios limites de especialização e buscando a ajuda de outros quando necessário.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM

Segundo Van der Lee (2013), apesar de vastamente reconhecida como essencial na formação de especialistas médicos, as dificuldades na implementação das competências do CanMEDS passam pela necessidade de se produzir um alinhamento do que é proposto no modelo com a prática de especialidades específicas. Isso facilitaria o que eles denominam como tradução da estrutura para descrições de competências que dialogam com experiências diárias de alunos e professores. Para tanto, é preciso um mapeamento de competências específicas da especialidade e a verificação da correspondência dessas com a estrutura do CanMEDS. Um exemplo bem sucedido dessa adequação é a criação do modelo triplo C (cuidado abrangente, contínuo e centrado na medicina de família) para a especialidade em medicina de família e comunidade no Canadá (MACDONALD et. al., 2012; ORGANEK et. al., 2012).

Apesar de diferentes, as competências propostas nos dois modelos são bem próximas e passíveis de serem agrupadas segundo seus pontos centrais, como podemos ver na Figura 3.

Figura 3 – Similaridades entre CanMEDS e do ACGME.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

Segundo Ellaway (2016), esses modelos de competência são na verdade uma teoria vastamente aceita e difícil de se escapar quando o assunto é formação de especialistas. Para ela modelos como CanMEDS ou ACGME criam (implicitamente ou explicitamente) um tipo ideal de médico de que os novos especialistas devem se aproximar ao máximo. Essa ideia de que é possível determinar a

formação ótima de um médico segundo as necessidades de uma população e, com base nesse entendimento, criar mecanismos para a predição futura ou avaliação presente da atividade médica é o que as garante o status de teorias. Mesmo assim, não se pode negar o valor prático desses modelos ao criar um Quadro de referência comum na formação de especialistas médicos e na organização de sistemas de saúde. Contudo, devem ser entendidos como um trabalho em progresso que, com o passar dos anos, poderá modificar os paradigmas estabelecidos por séculos na formação de especialistas médicos.

2.1.5 Modelos de formação de especialidades médicas por competências na prática

Segundo Norman (2012), após várias estruturas de formação médica estabelecidas ao longo dos anos, temos assistido a novas tentativas de reforma na educação de estudantes de medicina no século XXI. Muitas dessas mudanças são reflexos da erosão de um modelo que já não atende mais às necessidades impostas pelas recentes transformações nas populações, economias e sistemas de saúde. Para ele, é preciso investir em formações que vão além da clínica e que integrem inovações tecnológicas ao processo de formação e cuidado médico (NORMAN, 2012).

Nessa busca por novas formas de ensinar medicina, modelos de formação de especialistas médicos baseado em competências estão emergindo e estão sendo vastamente utilizados em diversas partes do mundo. Em linhas gerais, esses modelos servem como referência na criação de estruturas compartilhadas para que os profissionais sejam capazes de oferecer um atendimento adequado aos pacientes não só no que se refere aos aspectos clínicos, mas também aos aspectos morais e de relacionamento interpessoal (VAN DER LEE et. al., 2013).

Os modelos existentes, por sua vez, são muitas vezes carregados de aspectos contextuais de onde foram construídos e, portanto, de difícil aplicação em outros contextos. Esse problema vem acompanhado de uma miríade de conceitos que definem competências sem refletir sobre o seu impacto na prática médica. Além disso, em diversos momentos as competências são confundidas com metas, objetivos e resultados, esvaziando assim o seu propósito inicial (ALBANESE et. al., 2008).

O conceito de competências para formação de especialistas médicos que possivelmente está mais próximo da unanimidade entre os educadores médicos é o de “uso habitual e criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária em benefício dos indivíduos e da comunidade atendida”. Nesse sentido, um modelo de educação médica baseado em competências deve ser focado em resultados que correspondam claramente às competências específicas a que eles estão conectados; e em trajetórias de formação independentes do tempo que se leva para desenvolver a competência, mas dependentes do reco-

nhcimento do seu efetivo desenvolvimento (VAN DER VLEUTEN et. al., 2010; CATE, 2017). Uma forma de suprir essas necessidades é a criação de avaliações baseadas nas atividades profissionais confiáveis (EPAs) e nas declarações de responsabilidades atribuídas (STARS), criadas conforme o mapeamento das atividades centrais que envolvem cada especialidade. Só assim os residentes serão capazes de identificar como eles estão sendo avaliados e qual o caminho deve ser percorrido para o alcance da certificação de especialista almejada (CATE & SCHEELE, 2007). O imperativo é mudar de uma lógica de aprender fazendo, operada muitas vezes em uma lógica não supervisionada e fundamentada no cumprimento de determinado quantitativo de procedimentos, para uma racionalidade de decisão individual do profissional médico sobre seu trajeto de aprendizagem, validada por um supervisor que afere o desenvolvimento dessas competências (KADMON et. al., 2017).

Uma das estratégias apontadas como bem sucedidas nessa mudança de paradigma de ensino é a implementação do portfólio como peça chave da residência médica. Acredita-se que ele precisa ser utilizado como um Quadro de referências para o aluno, composto pelas informações essenciais para sua prática e conquistas realizadas. Pode ser utilizado tanto para reflexão sobre o processo de aprendizagem quanto para avaliação da proficiência nos requisitos delimitados. Quando o portfólio assume essa centralidade, retira-se a tomada de decisão de avaliações individuais e pontuais, para um processo longitudinal e coletivo (HEEBENAB & DRIESSEN, 2017).

Outros aspectos também são indicados como essenciais para a implementação dos modelos baseados em competências, como: 1) estruturação de um período multidisciplinar no último ano da graduação que permita ao estudante fazer uma transição bem orientada para a formação de especialista médico (JONKER et. al. 2017); 2) ambientes de aprendizagem de alta qualidade (DIJKSTRA et. al., 2015; KILTY et. al. 2017); 3) desenvolvimentos das habilidade de colaboração focado no trabalho em equipe (BERGER et. al., 2012) e na formação multiprofissional (THISTLETHWAITE, 2014); 4) a construção de uma racionalidade do especialista como promotor de saúde em um contexto geral e não só como um solucionador de questões específicas ligadas à sua especialidade (POULTON & ROSE, 2015); e 5) no aprimoramento de atividades para o envolvimento e o desenvolvimento dos professores e outros stakeholders ligados à educação médica e ao funcionamento das organizações conectadas a esses processos (PUDDSTER et. al., 2015; VAN ROSSUM et. al, 2016).

2.1.6. Modelo de formação e exercício de especializadas no Brasil

A discussão sobre a formação e a regulação do exercício de especialistas no Brasil está discutida em profundidade no relatório da Meta 04. No entanto, para tornar mais fácil a comparação do caso brasileiro com a dos países que descrevemos acima, faremos um breve relato sobre os elementos centrais da discussão antes de prosseguirmos com as análises dos dados relativos aos escopos de prática de médicos especialistas no Brasil. O intuito desta apresentação é garantir ao leitor uma compreensão dos dados informada pelas especificidades da formação no Brasil vis-à-vis a dos EUA, Canadá e Holanda.

A formação médica no Brasil pode ser iniciada logo após o término do ensino médio e imediatamente após os 6 anos de graduação em medicina o profissional pode atuar como médico(a) e/ou seguir o seu processo de formação para se tornar um especialista. Esse modelo conhecido como Rota I na comparação com outros países (WIJNEM-MEIJER, 2013) permite que os graduados em escolas médicas autorizadas e reconhecidas pelo Ministério da Educação ou portadores de diploma estrangeiro revalidado, com registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) estão aptos para o exercício da medicina em qualquer área ou especialidade médica.

Cabe ressaltar que nem todos os profissionais médicos que exercem procedimentos especializados possuem formação específica nas especialidades, seja pela via da Residência Médica ou por outra modalidade de pós-graduação, ou pela prova de título de especialista, obtida pelas respectivas sociedades de especialistas. Por outro lado, pode-se dizer que nem todos os médicos que possuem título e registro de especialistas exercem exclusivamente a especialidade para a qual obtiveram treinamento e titulação.

A obtenção do título de especialista reconhecido no país pode ser feita por duas vias principais: (i) o certificado de residência médica fornecido por um programa credenciado pela Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM); e (ii) o título de especialista conferido pelas Sociedades de Especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) a partir de aprovação em exame nacional regulamentado (CFM, 2002).

A prova de título de especialista é realizada pelas sociedades e associações de especialidades médicas filiadas à AMB, em parceria entre a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Elas proporcionam aos profissionais aprovados o título de especialistas, com reconhecimento das entidades médicas, em qualquer uma das especialidades existentes (Resolução CFM 2.148 /2016).

Nos editais de titulação das suas associações filiadas, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nestes casos, deverá exigir como único pré-requisito, de forma fundamentada, comprovação de atuação na área pelo

dobro do tempo de formação do programa de residência médica, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais" (CFM, 2016).

Para algumas especialidades também contam para aceitação dos candidatos declarações de exercício e “proficiência” por colegas já reconhecidos como especialistas, participações em congressos da área, entre outros tipos de credenciais educacionais e ou de prática. Assim, a partir das comprovações exigidas, o egresso pode prestar a prova para a obtenção de título de especialista que ocorre periodicamente. Os processos seletivos são rigorosos e em geral ocorrem em duas etapas: provas escrita e prova prática, mas podem variar de acordo com cada especialidade, considerando também projetos e análise de currículo.

Uma vez reconhecido(a) como médico(a) especialista, é possível solicitar o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Federal de Medicina. Em 2011, o Conselho Federal de Medicina passou a exigir o registro de especialista para fins de publicidade e divulgação. Esse registro, denominado RQE, não é uma novidade e nem restringe o exercício profissional para quem não o possui. Entretanto, ele atesta, para efeitos de exercício profissional, que o médico está apto a exercer aquelas especialidades ou áreas de atuação para as quais obteve o registro. Ao mesmo tempo, o CFM impõe limites sobre o número de especialidades e áreas de atuação a que os médicos têm direito a se registrar, limitando-as a somente duas de cada.

Além dos requisitos já citados para a obtenção do título de especialista e, consequentemente possibilidade de registro de RQE, a solicitação do registro também pode ser feito pela apresentação de documentos e condições anteriores, obtidas até 15 de abril de 1989, que comprovem esse direito de acordo com os critérios vigentes à época: (i) possuir certificado de conclusão de especialização médica registrado nos termos da lei; (ii) possuir título de especialista conferido por entidade de âmbito nacional membro da AMB; (iii) possuir título de livre-docente ou de doutor na especialidade; (iv) ocupar cargo na carreira do magistério superior, na área da especialidade; (v) ocupar cargos público ou privado de caráter profissional na área da especialidade; (v) possuir títulos que possam quando submetidos à consideração da Comissão Mista de Especialidades (CME) em grau recursal ser julgados suficientes para o reconhecimento da especialidade.

Em geral, o processo brasileiro de formação de um(a) especialista exige grande investimento na preparação e treinamento do profissional, e um longo período de dedicação após a formação do profissional. Ao todo pode durar mais de um década, visto que alguns programas de residência não permitem entrada direta sendo necessária a formação prévia nas áreas de clínica médica ou de cirurgia geral, também na forma de Residência. Outras, como a Cirurgia Cardiovascular, embora de acesso direto, demanda cinco anos de formação. Adicionando-se um ou dois anos de formação em alguma área de atuação e as exigências rigorosas de experiência profissional para obtenção do res-

pectivo título junto à Sociedade Brasileira de CCV (comprovação de realização de “100 cirurgias extracorpóreas”).

A regulamentação do exercício das especialidades médicas no Brasil é realizada, em vários aspectos, pela própria corporação médica, com pouca interferência de outros setores do poder público. Tal atributo está em consonância com o modelo brasileiro de regulamentação profissional baseado no autogoverno das profissões e na autorização legal de atos privativos das profissões autorreguladas. Há dois elementos institucionais centrais nesse modelo: (i) a lei de exercício da prática profissional que delimita e autoriza aqueles que podem praticá-la, define o escopo da prática e quais são os atos privativos, os requisitos de habilitação e os formatos institucionais das autoridades reguladoras; e (ii) os Conselhos Profissionais, autarquias federais com autoridade reguladora que visam registrar profissionais, delimitar o código de ética, emitir resoluções acerca do exercício profissional e fiscalizar a conduta dos praticantes (Girardi, 1998; Girardi e Carvalho, 2000).

Atualmente, são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina um total de 55 especialidades médicas e de 59 áreas de atuação. As áreas de atuação são formações obtidas após a realização da Residência Médica ou após a obtenção do título de especialista pela Associação Médica Brasileira.

Uma das normas vigentes que incidiu diretamente na regulação do reconhecimento das especialidades médicas no Brasil foi a Resolução CFM nº 1.634/2002. Por meio desta, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país. De fato, estas entidades já estavam trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades, a fim de “uniformizar denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil”. Esta Resolução decidiu formalizar a comissão, conforme resolve em seu Art.1º: “aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação”. Como resultado, foi firmado um convênio entre as três instituições (CFM, AMB e CNRM), formalizando a CME, composta por dois representantes de cada entidade conveniente, a qual permanece até hoje, com vistas a estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, e as formas de concessão e registro de títulos.

Após a aprovação dessas resoluções outras duas já modificaram o seu teor. Atualmente a normativa vigente sobre este tema é a Resolução CFM 2.149/2016, que define o que pode ser considerado como especialidade médica e área de atuação. Segundo consta na Resolução CFM 2.149/16, as especialidades médicas são aquelas consideradas raízes, bem como aquelas que preenchem de-

terminados critérios, a saber: (1) Complexidade dos problemas de saúde e acúmulo de conhecimento em determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz em um setor específico; (2) Ter relevância epidemiológica e demanda social definida; (3) Ter complexidade que demande um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que exija um período mínimo de dois anos de formação; (4) Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes. A resolução também estabelece que só podem existir programas de residência médica nas especialidades e áreas de atuação aprovadas pela CME, e que a respectiva certificação seria de responsabilidade da AMB e da CNRM.

Além disso, também estabeleceu que só fossem reconhecidas as especialidades médicas com tempo de formação mínimo de dois anos, e áreas de atuação com tempo de formação mínimo de um ano, sendo obrigatória a carga horária anual mínima de 2.880 horas. Além de estabelecer regras para a carga horária mínima, definiu-se que a matriz de competência e o tempo de formação das especialidades e áreas de atuação devem ser aquelas aprovadas pela CME. A matriz de competências reúne o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico especialista nas respectivas áreas deve desenvolver. Atualmente, há 46 matrizes de competências aprovadas pela CNRM, incluindo as especialidades médicas e áreas de atuação.

No geral, temos assistido uma modificação de paradigma na formação de especialistas médicos em vários lugares do mundo. Grande parte desses processos envolvem uma reformulação do sistema de ensino médico com currículos mais abrangentes e orientados, novas estratégias e ambientes de aprendizagem; criação de um contínuo de educação, treinamento e prática; novas formas de avaliação; incorporação de tecnologias no processo de aprendizagem e cuidado (JOSIAH MACY JR FOUNDATION (2017); e desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas em grupo (JOSIAH MACY JR FOUNDATION, 2011). Acredita-se que essas mudanças produzirão novos médicos que agregam em si um mix de especialidades, focados em um cuidado mais gerais, habilidosos em encontrar e interpretar novas informações ligadas à sua prática, com habilidades múltiplas e com trajetórias estruturadas de formação contínua (VAUGHEAN, 2018).

2.2. Iniciativas internacionais de compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde

As iniciativas de compartilhamento e transferência de atividades entre médicos e outros profissionais de saúde tiveram início no Canadá e Estados Unidos, em resposta às situações de desequilíbrios no acesso à saúde, situações de escassez e má distribuição de médicos. Entre as iniciativas mais comuns, podemos citar a adoção de novas profissões de formação e prática avançadas, como profissionais de enfermagem (*nurse practitioners*) e assistentes de médicos (*physician assistants*), a combinação de habilidades (*skill-mix*) e transferência de tarefas entre uma categoria profissional para outra (*task-shifting*). A seguir discutiremos brevemente essas iniciativas, considerando os países estudados e apresentando alguns estudos que apresentam experiências de implementação das mesmas.

2.2.1 Enfermeiros de práticas avançadas (Nurse Practitioners)

Os profissionais de enfermagem de práticas avançadas originalmente conhecidos como *Nurse Practitioners (NPs)*, surgiram inicialmente nos Estados Unidos, na década de 60 e atualmente já são reconhecidos em diversos países do mundo, no entanto há distintas nomenclaturas, categorias, funções e atribuições que vão variar de país para país. Nos EUA, por exemplo, são também reconhecidos como *Advanced Practice Registered Nurses (APRN)*, no Canadá *Clinical Nurse Specialist (CNS)* e na Holanda como *Nurse Specialists*. De uma maneira em geral são profissionais treinados a assumir um papel mais amplo na prestação de cuidados em saúde em áreas específicas, que podem ocorrer com ou sem a supervisão de médicos, a depender da legislação local. Podem fornecer desde assistência ao paciente, como também assumir funções de pesquisa, ensino e gestão (PULCINI et. al. 2010; BUCHAN, 2013).

- **Estados Unidos**

Os NPs ou APRN surgiram na década de 60 nos Estados Unidos em resposta à escassez e má distribuição de médicos. O primeiro programa foi em 1965 na Universidade de Colorado e em 1980 já haviam mais de 200 programas no país. Em 1985 foi fundado o *American Academy of Nurse Practitioners* e em 1995 o *American College of Nurse Practitioners*. Em 2013, estes dois órgãos se uniram para formar o *American Association of Nurse Practitioners*, a maior organização profissional nacional, que inclui todas as especialidades de NPs (AANP On-Line).

Qualquer enfermeiro (*Registered Nurse*) que deseja se tornar NP nos EUA, deve estar previamente licenciado em seu estado. Em seguida deve cursar um mestrado em programa credenciado

(*Master of Science in Nursing Program*), que abrange teoria e prática, bem como cursos específicos para a especialidade de NP escolhida (por exemplo, *nurse anesthetists, nurse midwives*). Após completar a formação o NP deve passar por um exame de certificação nacional e, se desejarem, específica para especialidade de NP. Os pré-requisitos para licenças estaduais variam de estado a estado. O NP pode requerer ainda a certificação em sua área de especialidade, em que cada órgão de licenciamento tem seus próprios requisitos. Há uma série de exames de certificação de NP devido ao grande número de profissionais e áreas de especialização, como por exemplo *Acute Care Nurse Practitioner, Cardiac Nurse Practitioner, Family Nurse Practitioner, Oncology Nurse Practitioner, Pediatric Nurse Practitioner*. A maioria dos certificados existe uma recertificação a cada 5 anos. Além da certificação em órgão nacional, a renovação por estado também pode ser necessária, bem como horas adicionais de educação continuada (NURSING LICENSE MAP On-Line) .

Após obter autorização para exercer a profissão, um NP nos EUA pode, com variações entre os Estados, elaborar planos de cuidados para os pacientes, solicitar exames médicos, diagnosticar problemas de saúde e prescrever determinados medicamentos, estas atividades podem ocorrer com ou sem supervisão médica. Os NPs podem prestar cuidados primários e preventivos e podem se especializar em cuidados para determinados grupos de pessoas. A especialidade escolhida, também vai influenciar o escopo de prática (AANP, On-Line) .

- **Canadá**

Os primeiros NPs surgiram no Canadá nos anos 60 para atuarem principalmente no âmbito da atenção primária em saúde em áreas rurais e remotas do país que sofriam com escassez de médicos. Em 1973 a associação de enfermeiros (*Canadian Nurse Association*) e de médicos (*Canadian Medical Association*) reconhecem a interdependência do papel de enfermeiros e de médicos e publicam um documento que inclui os papéis, responsabilidades, educação e situação de trabalho de enfermeiros com práticas avançadas. O interesse na profissão foi crescendo e os primeiros programas de formação surgiram na década seguinte. Assim, como nos EUA cada Estado/Província tem autonomia em relação à regulação das práticas profissionais de saúde. A primeira Província a legislar sobre a prática do NP foi Alberta em 1996. No decorrer da década 2000 a maioria das províncias adotaram regulações para os NPs, porém com grandes variações no que diz respeito à abrangência das práticas, formação e credenciamento. Em vistas disto em 2006 a associação de enfermeiros canadense lança um documento que discute a padronização da educação, a regulação do escopo de prática, o recrutamento e retenção de NP, prática profissional e uma estrutura de competências nucleares (*core competency framework*) para os NPs no Canadá. Essas discussões repercutem até a presente data e a variação entre as províncias persiste (CNA, On-Line; NPAA, On-Line).

No Canadá os NPs são enfermeiros com formação adicional e experiência que possuem competência para de forma autônoma diagnosticar, ordenar e interpretar exames, prescrever e realizar procedimentos específicos de acordo com seu escopo de prática legal. Para se tornar um NP, o indivíduo deve primeiramente ser um *registered nurse* com comprovada experiência profissional. Há diversos programas para se tornar NPs que são de nível de graduação, seguindo de uma pós graduação. Os programas podem variar também em relação à especialidade, que podem ser voltados para a atenção primária, para o cuidado agudo adulto, pediátrico, neonatal, nefrologia e anestesia. No Canadá também são reconhecidos os *Clinical Nurse Specialists*, que possui muitas similaridades com o NP, como também exigir uma pós graduação em forma de mestrado ou doutorado, porém diferem dos NP por serem definidos de acordo com uma condição médica específica ou uma sub especialidade, como por exemplo diabetes, derrames, cardiopatias (COOPER et. al., 2019).

Os NPs para serem reconhecidos devem passar por um exame de certificação que é realizado de acordo com sua especialidade e sua província de atuação. É necessário uma recertificação anual. Com variações entre as províncias 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 (CNO, On-Line).

- **Holanda**

Na Holanda, *Nurse Practitioner* (NP) é uma profissão bem mais recente, em comparação com os Estados Unidos e Canadá. A primeira turma a se formar foi em 2000. Em 2002 o Conselho de Saúde Pública e Bem Estar Holandês reconheceu o NP como uma forma de ampliar a opções de carreira para enfermeiros, possível solução para escassez de médicos e como uma forma de redução de custos associados à saúde. Em 2009 cinco especialidades de NP foram oficialmente reconhecidas pelo governo: cuidados preventivos, cuidados agudos, cuidados crônicos, cuidados intensivos e cuidados mentais. Em 2012, foi lançado um decreto do governo, autorizando os NP a realizar determinadas tarefas médicas de forma independente (V&VNVS, On-Line).

Para se tornar NS na Holanda é necessário, após a graduação em enfermagem, realizar um mestrado com duração de 2 ou 3 anos em prática avançada de enfermagem (*Master of Advanced Nursing Practice degree*). Somente após o registro em órgão oficial do governo (*Register Commission for Nurse Specialists*), o NP é legalmente autorizado a utilizar o título e a realizar procedimentos reservados à sua categoria profissional. Seu escopo de prática inclui realizar exame médico, diagnóstico, iniciar tratamento médico, encaminhar para especialistas e prescrever medicamentos (já prescritos). Desde 2018 os NPs podem realizar as seguintes atividades médicas de forma independente:

cateterizações, procedimentos cirúrgicos, injeções, perfurações, prescrições de medicamentos, endoscopias, procedimentos de cardioversão elétrica e desfibrilação (V&VN, On-Line; NAPA, On-line). Ao fornecer tanto cuidados médicos, quanto de enfermagem, os NPs possuem um escopo bastante abrangente. Além disso, as cinco especialidades de NPs, que são amplas, permitem que estes tratem de diversas condições médicas.

Apesar do NP registrar oficialmente em uma das cinco especialidades, elas são raramente utilizadas como título para reconhecer a expertise do profissional. Em vez disso, é comum o reconhecimento da área ou campo médico principal de atuação, por exemplo, cardiologia, psiquiatria. Em vista disto as especialidades de NP estão sendo re-avaliadas, com a possibilidade de redução para apenas duas especialidades: cuidados gerais e cuidados mentais. Originalmente as cinco especialidades foram definidas considerando as mudanças no sistema de saúde, incluindo custos crescentes, envelhecimento da população, maior sobrecarga de cuidados especializados e consequente necessidade de transferência de tarefas tradicionalmente reserva a médicos para outros profissionais de saúde. Atualmente, os NPs têm revelado uma preferência pela categorização em duas especialidades, pois daria uma margem maior e ainda mais abrangente para desenvolver sua profissão, e ainda assim contar com uma forma de demarcação de cuidados entre gerais e mentais (V&VN, 2017).

2.2.2 *Assistentes de médicos (Physician Assistants)*

Os assistentes de médicos - *physician assistants* (PA), são profissionais de saúde que prestam serviços clínicos e cirúrgicos para diversos grupos de pacientes em ambientes rurais e urbanos, sob a supervisão de médicos, os quais determinam seu escopo de prática segundo as suas competências e habilidades e em acordo com as legislações vigentes. São profissionais reconhecidos em vários países. Enquanto nos Estados Unidos e na Holanda, são conhecidos como PA, no Canadá são também conhecidos como Clinical Assistants.

- **Estados Unidos**

Os PAs surgiram nos EUA na década de 60 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 os PAs são veteranos militares que a partir de habilidades médicas adquiridas durante a guerra do Vietnã se tornaram potenciais profissionais de saúde (CAWLEY, CAWTHON, HOOKER, 2012) . Segundo a Academia Americana da PAs (*American Academy of Physician Assistants*) os PAs são

"profissionais que diagnosticam doenças, desenvolvem e gerenciam planos de tratamento, prescrevem medicamentos e, muitas vezes, atuam como o principal provedor de saúde do paciente. Com milhares de horas de treinamento médico, os PAs são versáteis e colaborativos. As PAs atuam em todos os estados e em todos os ambientes e especialidades médicas, melhorando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde" (AAPA, On-Line).

A formação dos PAs nos EUA é a nível de mestrado em programa credenciado de duração de dois ou três anos em tempo integral. A maior parte dos programas exige como pré-requisito para entrada de dois a quatro anos de ensino universitário com foco em ciências. Os programas de PA incluem rodízios supervisionados de mais de 2.000 horas nas áreas de medicina interna, obstetrícia e ginecologia, pediatria, cirurgia geral, psiquiatria, emergência e medicina da família (AAPA, On-line). O licenciamento dos PAs 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 (AAPA, On-Line).

O escopo de prática nos EUA é definido pela sua formação, experiência, lei estadual do local de exercício e pelo seu médico supervisor. 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 (WILER; GINDE, 2015). As leis estaduais concedem aos médicos um amplo espectro de delegação. O número de PAs sob supervisão médica varia geralmente de 2 a 7 e pode ser ou não regulamentado. De uma maneira geral as atividades dos PA envolvem realizar exames físicos, diagnosticar e tratar doenças, solicitar e interpretar testes, desenvolver planos de tratamento, prescrever medicamentos, aconselhamento sobre cuidados preventivos, realizar procedimentos médicos, auxiliar em cirurgias, realizar atividades de pesquisa e educativas.

O estudo de Wiler e Ginde (2015), indica que a restrição de efetuar procedimentos cirúrgicos é 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 (Flórida e Kentucky) os PAs 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.

As atividades dos PAs de certa forma são bastante semelhantes com os NPs. A principal diferença entre as duas profissões é o fato do PA ser educado em prática médica geral, com uma visão mais abrangente. Já as NS fazem uma formação mais direcionada à especialidade escolhida (AAPA, On-Line).

- **Canadá**

A introdução dos PAs no Canadá se deu inicialmente nas Forças Armadas. No final do século 19 início do século 20 os PAs também conhecidos como *Clinical Assistants* foram introduzidos no sistema de saúde pública, inicialmente na província de Manitoba. Em 2003, a Associação Médica Canadense reconheceu os PAs como uma profissão de saúde. Esse reconhecimento pavimentou o caminho para o início de um processo de acreditação educacional nacional. Em 2006 a profissão chega em Ontario, como uma tentativa de resposta à escassez de médicos. Gradualmente os PA 's foram sendo introduzidos em New Brunswick e Alberta (CAPA, On-line (b)).

O Canadá possui quatro programas de formação de PA credenciados pelo *Canadian Medical Association Conjoint Accreditation*. Cada programa possui diferentes pré-requisitos para entrada, sendo que a exigência mínima é de dois anos de graduação. Os programas têm duração de cerca de dois anos, sendo no primeiro atividades teóricas e no segundo atividades práticas em especialidades médicas. A Associação Canadense de *Physicians Assistants (Canadian Association of Physician Assistants)* supervisiona uma certificação nacional através do *Physician Assistant Certification Council*. Apesar da existência de exames de certificação, os PAs ainda não são profissionais regulamentados em todas as providências. São regulamentados nas províncias de Manitoba e New Brunswick pelo *College of Physicians and Surgeons*. Em Alberta, no final de 2020 foi passada a legislação para iniciar o processo de regulamentação da profissão. Já em Ontário os PAs ainda não são regulamentados, porém tem permissão para exercer a profissão sob a delegação de médicos supervisores. A *Canadian Association of Physician Assistants* visa a regulamentação e registro dos PAs em todas as províncias.

O PA não é um profissional independente. Eles atuam sob supervisão direta do médico responsável por determinar quais tarefas lhe são delegadas. A jurisdição de sua província também é considerada para se estabelecer o escopo de prática dos PAs. De uma maneira em geral suas atividades incluem realizar entrevistas com pacientes, incluindo a coleta de histórico médico, realizar exames físicos, realizar diagnósticos e tratamentos direcionados, realizar aconselhamentos sobre cuidados preventivos de saúde. A relação individual entre o PA e seu super é um importante determinante de seu escopo de prática. Este deve ser formalmente descrito em contrato ou em acordo assinado pelo médico supervisor, o PA e o local de trabalho (CAPA, 2009).

- **Holanda**

Os PAs foram introduzidos no sistema de saúde holandês em 2001. São profissionais que atuam em diversos níveis de atenção, porém grande parte atua em hospital (cerca de 75%). Diferentemente da maioria dos países na Holanda, a introdução dos PAs não ocorreu principalmente em função da escassez de médicos. Ao estudar a experiência americana, os médicos holandeses acredi-

tavam que os PAs poderiam ajudar a aliviar os problemas relacionados à continuidade dos médicos residentes em unidades hospitalares e ambulatoriais. O primeiro programa no país (ainda não credenciado) surgiu em 2001. Já os primeiros programas a serem credenciados foram em 2003 em Nijmegen e em Utrecht. Em 2004 iniciaram-se mais três programas em Amsterdam, Groningen e Rotterdam.

A formação de PA tem duração de 30 meses, à nível de mestrado. Os pré-requisitos para entrarem nos programas incluem ter um diploma de bacharel na área da saúde e pelo menos dois anos de experiência clínica. Os programas são de trabalho-educação, o que significa que os alunos são empregados em uma determinada especialidade médica, durante dois dias na semana, sob supervisão de um médico mentor, enquanto completam o mestrado de PA. Este modelo favorece que o aluno já saia empregado ao formar.

O título de PA na Holanda é protegido por Lei, o que significa que todos os PAs registrados são licenciados para exercer a prática. O registro foi introduzido pela associação Holandesa de PA (*Netherlands Association of Physician Assistants*) em 2009 seguindo as mesmas regras para o registro de médicos; ambas as profissões exigem educação médica continuada como condição de licenciamento.

O escopo de prática dos PAs na Holanda inclui a realização de tarefas médicas de complexidade baixa e moderada, tanto na atenção primária, quanto secundária. Desde 2012 os PAs estão autorizados a indicar e realizar determinados procedimentos médicos e prescrever medicamentos sem supervisão. A partir de 2018 tanto os PAs, quanto os NPs podem realizar as seguintes atividades médicas de forma independente: cateterizações, procedimentos cirúrgicos, injeções, perfurações, prescrições de medicamentos, endoscopias, procedimentos de cardioversão elétrica e desfibrilação. O PA na Holanda, possui autonomia para fornecer diagnóstico e iniciar o tratamento, porém sempre de acordo com os médicos e o empregador em questão (DRIESSCHEN, ROO, 2014; NAPA, On-Line)

2.2.3 Compartilhamento e Transferência de atividades e funções (Skill-Mix e Task-shifting)

O compartilhamento ou combinação de habilidades (*skill mix*) e transferência de tarefas (*task-shifting*) também são estratégias reconhecidas de enfrentamento de desequilíbrios de acesso a serviços de saúde em decorrência da escassez de profissionais, principalmente de médicos. O *skill-mix* remete a uma mistura de competências dentre ocupações de saúde. Propostas de mudanças de *skill-mix* podem ocorrer por meio de diferentes maneiras, como a: i substituição do médico por outros profissionais como o PAs e NPs, exemplificados acima; a complementação do médico (*physician supplementation*), em que outros profissionais aumentam a capacidade do trabalho médico, forne-

cendo serviços adicionais que complementam e estendem aqueles fornecidos pelo médico; iii. e a delegação de tarefas de um médico para outro profissional, em que o médico permanece responsável pela atividade (LOVINK et. al., 2019).

Dentro da literatura do *skill-mix*, na mesma linha do terceiro ponto podemos destacar o *task-shifting*, que diz respeito a uma redistribuição de tarefas de uma categoria profissional, geralmente de maior qualificação, para um profissional de menor qualificação, como por exemplo de um enfermeiro para um técnico de enfermagem. Pode ocorrer ainda a partir da transferência de atividades de um profissional com uma formação mais ampla para um profissional com uma formação mais específica, como por exemplo do médico para o PA ou NP. A transferência de funções pode se dar ainda de forma gradativa, em que profissionais de saúde vão incorporando funções médicas e expandindo seus escopos de prática de acordo com novas demandas que vão surgindo (WHO, 2007 FULTON, et. al. 2011); ou de forma repentina e temporária, diante de uma crise sanitária como por exemplo a pandemia do COVID-19, que vem exigindo de determinados profissionais de saúde atuarem fora de seus escopos habituais assumindo novas funções (CHEN et. al. 2020).

Iniciativas como estas vêm sendo implementadas em diversos países. Estas podem ocorrer formalmente, como também informalmente em diversas situações que buscam atender as necessidades de saúde da população. Não se tratam de estratégias novas. Existem diversos exemplos e formas de delegação de atividades. O *task-shifting* especificamente é bastante reconhecido na abordagem de pacientes com HIV, em que o papel de enfermeiros, por exemplo, vem expandido de forma a incluir a prescrição de medicamentos de rotina (WHO, 2007).

Os objetivos destas iniciativas é de otimizar o uso da força de trabalho em saúde existente, principalmente em situações de escassez e má distribuição de profissionais, principalmente de médicos. Vários profissionais de saúde dispõem de competências e habilidades, que podem ser ainda melhor aprimoradas com treinamentos e capacitações adicionais para atender as necessidades de saúde da população. Em muitos lugares, devido a existência de restrições e barreiras legais para prática, vários profissionais de saúde são impedidos de praticar um escopo pleno.

2.2.4 Experiências internacionais da utilização de NPs, PAs e Task-shifting

As estratégias e iniciativas resumidas acima são adotadas em diferentes formatos e formas em diversos países. A inclusão de NPs na força de trabalho em saúde, tem revelado resultados positivos, que incluem redução de internação hospitalar, de mortalidade, de custos, além da satisfação do paciente. Com relação a impactos na APS, revisão de Swan e outros (2015) que procurou avaliar a segurança e eficácia da assistência fornecida por NPs e avaliar seu potencial em aliviar situações de escassez de médicos, encontrou que grupos de NPs demonstram resultados iguais ou melhores do que grupos de médicos no que diz respeito a resultados clínicos, satisfação de pacientes e custos associados à saúde (SWAN et al, 2015). Estudo de Toso, Filippin e Giovanella (2016) de natureza qualitativa que objetivou analisar as repercussões da ampliação das funções do enfermeiro na Atenção Primária no Sistema Nacional de Saúde Inglês identificou que os enfermeiros realizam atividades avançadas que incluem consultas, diagnóstico e terapêutica medicamentosa, gestão de casos e acompanhamento de condições crônicas. Com relação a repercussão de sua prática para os usuários observou-se a melhoria do acesso, da comunicação e cuidado integral, o aumento do tempo de duração das consultas, maior adesão terapêutica; para os enfermeiros a ampliação da prática favoreceu a ampliação da competência, conhecimento e reconhecimento profissional; e para o sistema de saúde acarretou na redução de custos (TOSO, FILIPPON e GIOVANELLA, 2016).

Resultados positivos em relação a NPs também são relatados em outros níveis de atenção. Revisão sistemática sobre o impacto de NPs na qualidade da atenção, resultados clínicos, satisfação do paciente e custos, identificou que o envolvimento destes profissionais na emergência e em cuidados intensivos melhora o tempo de permanência do paciente, o tempo de consulta, a mortalidade, a satisfação do paciente e reduz custos (WOO, LEE, TAM, 2017). Estudo que analisou a percepção de mudanças em relação a prática e *task-shifting* entre médicos e enfermeiros de prática avançada que tratam de pacientes com câncer de mama e infarto agudo miocárdio em hospitais de nove países europeus identificou maiores mudanças nos países que passaram por reformas significativas dos escopos de prática de seus profissionais de saúde: Holanda, Inglaterra e Escócia. Os NPs nesses países reportaram com maior frequência mudanças em relação aos seus escopos de prática, levando a uma maior independência na execução de tarefas realizadas tradicionalmente por médicos, em comparação aos outros seis países estudados (República Tcheca, Alemanha, Itália, Noruega, Polônia, Turquia). O resultado indica que a extensão do *task-shifting* é maior em países que possuem escopos de prática expandidos (MAIER et al 2018).

Os PAs também são profissionais que contribuem de maneira significativa para os sistemas de saúde. Semelhante aos NPs, estudos sugerem que o atendimento prestado pelos PAs na APS é

seguro, eficaz e satisfatório para os pacientes, além de apresentar um custo benefício aos sistemas de saúde, contribuindo para a ampliação do acesso, podendo ser ainda um forte aliado em áreas rurais e remotas (HOOKER, EVERETT, 2012; BOWEN et al, 2016; CAWLEY et al. 2016). A Associação Canadense de *Physician Assistants* faz um resumo sobre contribuição do PA nos sistemas de saúde a partir de diferentes estudos e experiências canadenses e de outros países, listados a seguir:

"Os PAs em estabelecimentos de APS podem ser utilizados em 75% de todas as visitas sem necessidade de referenciamento para um médico.

Estudo em Ontário sobre o uso de PAs revelou que 71% dos médicos que trabalham com PAs relataram que este teve um impacto positivo no fluxo de atendimento, com resultados mais elevados em ambientes não hospitalares.

Os PAs podem atender até 62% de todos os pacientes em estabelecimentos de emergência.

PAs em departamento de emergência podem reduzir o tempo de espera em 1,9 vezes e reduzir a taxa de pacientes serem atendidos pela metade.

Na cirurgia geral, o uso de PAs pode reduzir as altas tardias (de 20% para 0,5%), aumentar a taxa de alta precoce (16%) e permitir que os residentes gastem menos tempo em EMR (21 horas semanais vs 31 horas / semanais).

Os PAs podem aumentar o rendimento cirúrgico de substituições articulares primárias em 42% ao ano e reduzir o tempo de espera por cirurgias em 14 semanas.

A contratação de PAs em serviços de doenças infecciosas pode levar a uma redução do tempo de consulta de 21,4 horas para 14,3 horas e encurtar o tempo de internação por um diferencial de 3,6 dias.

Os PAs estão permitindo que os médicos aumentem o número de pacientes que podem tratar em um dia. Ter um PA na equipe permite que muitos médicos atendam em um mesmo dia pacientes com problemas agudos.

PAs em ambientes de cuidados prolongados revela reduzir as taxas de admissão hospitalar de idosos em 38%.

A taxa de readmissão em 30 dias foi reduzida em 25% em pacientes que recebem visitas de PAs como parte de um programa de atendimento domiciliar.

Entre os canadenses que receberam cuidados, mais de nove em dez ficaram satisfeitos (75%) ou um pouco satisfeitos (18%) com a experiência.

Mais de oito em cada dez canadenses apóiam (56%) ou apoiam de alguma forma (26%) um papel maior para os PAs" (CAPA, on-line).

No geral, as estratégias acima descritas podem estar entrelaçadas e levando ainda a iniciativas de ampliação dos escopos de práticas dos próprios profissionais de saúde. Atualmente, durante a crise sanitária da pandemia do COVID-19, as necessidades de mudanças se tornaram ainda mais evidentes. Mudanças nas legislações que regem os escopos de prática dos profissionais de saúde vêm ocorrendo de forma acelerada, em busca de uma ampliação da capacidade da força de trabalho em saúde para atender o aumento rápido da demanda. Em diversos países, têm ocorrido várias iniciati-

vas de mudanças (a maioria de forma temporária) regulatórias expandindo os escopos de prática de profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros de formação avançada, PA's, paramédicos, farmacêuticos, médicos, entre outros (BOURGEAUL et. al. 2020, BAYNE, NORRIS, TOMMONS, 2020) . Com relação aos médicos, apesar de os mesmos legalmente não possuírem barreiras legais para exercerem atividades, no geral acabam limitados suas práticas às suas especialidades médicas. Durante a pandemia, no entanto, estão sendo deslocados a praticarem fora dos seus escopos habituais. O que vem sendo inclusive incentivado pelos seus conselhos profissionais (CPSS, 2020).

Embora a regulação profissional não deva ser projetada para atender eventos pontuais ou locais, ela deve ser flexível o suficiente para se adaptar quando necessária. É necessário portanto melhorar a regulação dos escopos de profissionais de saúde para que esta atenda melhor às necessidades da população, ao invés de proteger o terreno de batalha que ocorre entre de dentro das profissões de saúde.

3. Composição do exercício de especialidades no Brasil

Este tópico analisa a composição do exercício de especialidades por parte dos médicos ocupados em estabelecimentos de saúde. O objetivo é compreender como os profissionais realizam a composição da prática em torno das especialidades médicas. Trata-se de um exercício de aproximação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) aos escopos de prática. Embora imperfeito, tendo em vista se tratar de um registro ocupacional e não de ações, atividades e procedimentos, a observação de como os médicos combinam especialidades permite pressupor sobre a prática ampliada em torno aos escopos atinentes a mais de uma especialidade. O contrário também se aplica, isto é, a exclusividade de prática em torno aos escopos atinentes a uma única especialidade. Esta análise, a partir da observação agregada, permite identificar quais especialidades são mais ou menos fechadas, isto é, quais estão mais prováveis a que seus membros se limitem em atuar apenas na especialidade ou se são propensos a ultrapassar as fronteiras em direção a outras especialidades.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos médicos ocupados em estabelecimentos de saúde segundo o número de vínculos e o número de especialidades de atuação. A Tabela 2 e o Gráfico 1 apresentam, para cada especialidade, a distribuição dos médicos segundo o percentual de tempo dedicado à especialidade, sendo 100% quando a carga horária de todos os vínculos do profissional é na especialidade. As demais categorias indicam tempo de dedicação entre 50% e menos de 100% (o que ainda pode ser considerado como exercício predominante na especialidade) e dedicação de menos de 50% (o que indica ausência de predominância). Ressalta-se que os dados são derivados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) e que, portanto, não cobre a totalidade do trabalho dos médicos ali cadastrados, pois estes podem possuir vínculos de trabalho não cobertos por esta fonte (mais detalhes sobre a fonte estão no relatório da Meta 01).

Conforme a Tabela 1, os médicos ocupados em estabelecimentos de saúde em 2018 possuíam, em média, 2,84 vínculos, sendo que a maioria possuía mais de um vínculo – dividida em 24,3% com dois vínculos, 17% com três e 27,3% com quatro ou mais. Considerando apenas os médicos com mais de um vínculo a média era de 3,69. Do ponto de vista da composição da prática profissional nos vínculos que ocupavam nos estabelecimentos de saúde, 62,1% dos médicos atuavam em apenas uma especialidade, ao passo que 28% em duas, 7,1% em três e 2,8% em quatro ou mais. Em média, eram 1,52 especialidades por profissional. Considerando apenas os médicos com mais de uma especialidade de atuação, a média era de 2,37.

Tabela 1 – Médicos ocupados em estabelecimentos de saúde segundo distribuição e média do número de vínculos e número de especialidades de atuação. Brasil, 2018.

	Vínculos		Especialidades	
	N	%	N	%
Um(a)	121.358	31,4	240.088	62,1
Dois(uas)	94.036	24,3	108.226	28,0
Três	65.553	17,0	27.511	7,1
Quatro ou mais	105.707	27,3	10.829	2,8
Total	386.654	100,0	386.654	100,0
Média de todos os médicos	2,84		1,52	
Média dos médicos c/ + de um vínculo/especial.	3,69		2,37	

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Segundo a Tabela 2, verifica-se que a especialidade com a maior proporção de médicos que dedicam 100% da carga horária semanal ao seu exercício é a oftalmologia (82,6%), seguida por psiquiatria, dermatologia, otorrinolaringologia, anestesiologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, ginecologia e obstetrícia e endocrinologia e metabologia. Com exceção desta última, trata-se de especialidades com os maiores efetivos de especialistas. Outras especialidades com efetivos expressivos, mas que não se enquadram nessa categoria são cirurgia geral (com 11,9% dos médicos dedicados 100%), clínica médica (30,6%) e cardiologia (39,7%). Outras especialidades que se aproximam desse padrão, pois apresentam altas proporções de exercício com predominância (de 50% a menos de 100% da carga horária), são as de medicina de família e comunidade, cardiologia, nefrologia, neurocirurgia, urologia, entre outras. Por outro lado, entre as especialidades em que a tendência é de exercício sem predominância (menos de 50% de dedicação), destacam-se angiologia, medicina intensiva, cirurgia geral, cirurgia cardiovascular, cirurgia de mão, cirurgia oncológica, cirurgia do aparelho digestivo, mastologia e endoscopia.

Tabela 2 – Distribuição dos médicos em estabelecimentos de saúde segundo percentual de tempo dedicado a especialidade. Brasil, 2018.

	100%	De 50% a menos de 100%	Menos de 50%
1. Atenção Primária			
Medicina de Família e Comunidade	56,59	32,52	10,89
Clínica médica	30,58	15,14	54,28
2. Especialidades Clínicas			
Alergia e Imunologia	38,54	16,66	44,80
Angiologia	8,90	18,86	72,25
Cardiologia	39,68	29,53	30,79
Dermatologia	68,32	13,45	18,23
Endocrinologia e Metabologia	53,01	20,44	26,54
Gastroenterologia	18,99	22,77	58,24
Geriatria	29,86	20,53	49,61
Infectologia	43,62	26,38	30,00
Medicina Física e Reabilitação	48,82	20,47	30,71
Medicina Intensiva	14,74	20,81	64,45
Nefrologia	38,57	34,89	26,55
Neurologia	40,35	23,44	36,21
Oncologia Clínica	19,24	22,02	58,73
Pediatria	55,61	19,31	25,07
Pneumologia	32,97	26,85	40,18
Psiquiatria	73,27	12,13	14,60
Reumatologia	45,09	23,52	31,39
3. Especialidades Cirúrgicas			
Cirurgia Cardiovascular	7,57	20,64	71,79
Cirurgia da Mão	3,86	9,87	86,27
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13,05	28,39	58,56
Cirurgia do Aparelho Digestivo	5,15	13,99	80,85
Cirurgia Geral	11,86	17,78	70,36
Cirurgia Oncológica	2,01	10,07	87,91
Cirurgia Pediátrica	24,01	32,80	43,19
Cirurgia Plástica	42,41	27,89	29,70
Cirurgia Torácica	12,00	29,04	58,96
Cirurgia Vascular	9,49	31,48	59,02
Coloproctologia	15,38	27,06	57,56
Ginecologia e Obstetrícia	53,05	24,95	21,99
Mastologia	11,16	27,53	61,31
Neurocirurgia	25,06	36,10	38,84
Oftalmologia	82,60	11,22	6,18
Ortopedia e Traumatologia	59,16	26,61	14,23
Otorrinolaringologia	66,50	21,81	11,69
Urologia	38,24	39,06	22,69

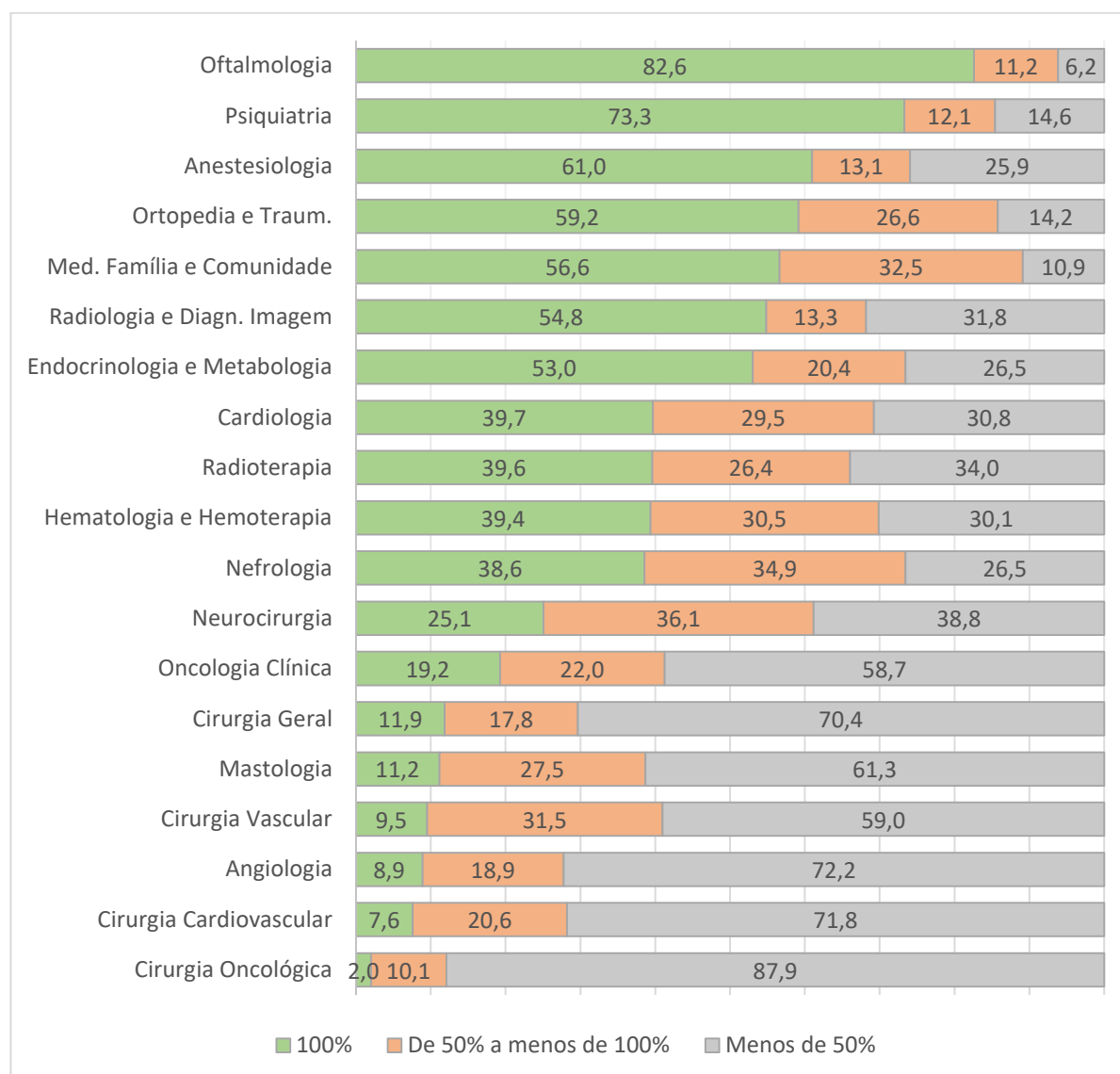
(Continua)

(Continuação)

	100%	De 50% a menos de 100%	Menos de 50%
4. Espec. Med. Diagnóstica e Terapêutica			
Anestesiologia	60,97	13,10	25,94
Endoscopia	11,77	20,06	68,17
Hematologia e Hemoterapia	39,37	30,48	30,15
Medicina Nuclear	46,36	19,21	34,44
Nutrologia	23,59	18,79	57,61
Patologia	49,75	23,95	26,30
Patologia clínica-medicina laboratorial	29,00	18,45	52,55
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	54,85	13,31	31,84
Radioterapia	39,61	26,41	33,98
Medicina Hiperbárica	6,25	15,63	78,13
5. Outras especialidades			
Acupuntura	30,09	13,25	56,66
Genética Médica	49,62	20,45	29,92
Homeopatia	37,82	9,05	53,13
Medicina do Trabalho	34,58	13,74	51,68
Medicina do Tráfego	19,20	15,22	65,58
Medicina Legal e Perícia Médica	15,94	24,64	59,42
Medicina Preventiva e social	50,15	13,69	36,16
Medicina Antroposófica	12,50	12,50	75,00
6. Residência médica	43,97	41,30	14,73

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

Gráfico 1 – Distribuição dos médicos em estabelecimentos de saúde segundo percentual de tempo dedicado a especialidade (especialidades selecionadas). Brasil, 2018.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

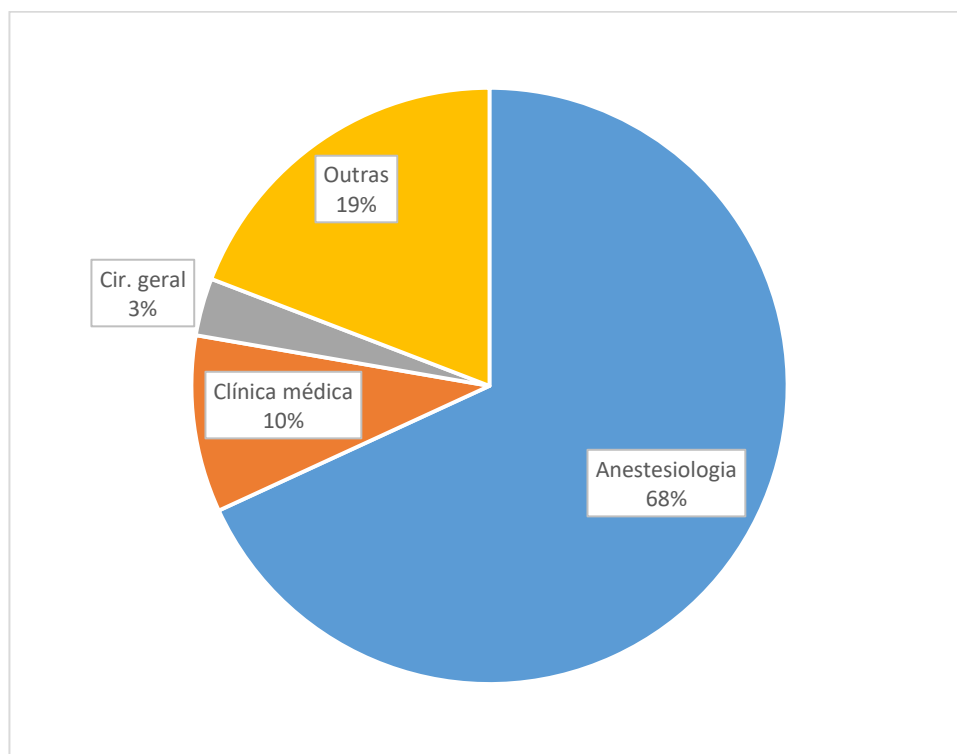
Os Gráficos (2 a 20) abaixo apresentam a distribuição do montante da carga horária dos especialistas por especialidade. Por exemplo, entre os médicos ocupados em cirurgia cardiovascular, apenas 33% do montante da carga horária semanal é dedicada ao exercício da especialidade, outros 18% são dedicados a cardiologia, 16% a cirurgia vascular, 9% a clínica médica, 8% a angiologia, entre outras. Essa fragmentação também ocorre em especialidades como oncologia (clínica e cirúrgica), cirurgia geral, angiologia, cirurgia vascular e mastologia. Por outro lado, entre os ocupados em oftalmologia, 91% da carga horária é destinada a especialidade, 4% a clínica médica e 5% a outras. O maior tempo de participação na própria especialidade também ocorre em psiquiatria e ortopedia e traumatologia. As demais especialidades apresentam uma situação intermediária. Embora mais da metade da carga horária seja dedicada à especialidade, parte substantiva é direcionada a outras

práticas. Por exemplo, o montante da carga horária dos ocupados em neurocirurgia se distribui entre 58% na especialidade, 23% em neurologia, 6% em clínica médica e o restante em outras como cirurgia geral, ortopedia e radiologia.

Em síntese, o exercício conjunto de especialidades ocorre com as seguintes combinações (em ordem decrescente de acordo com a frequência observada):

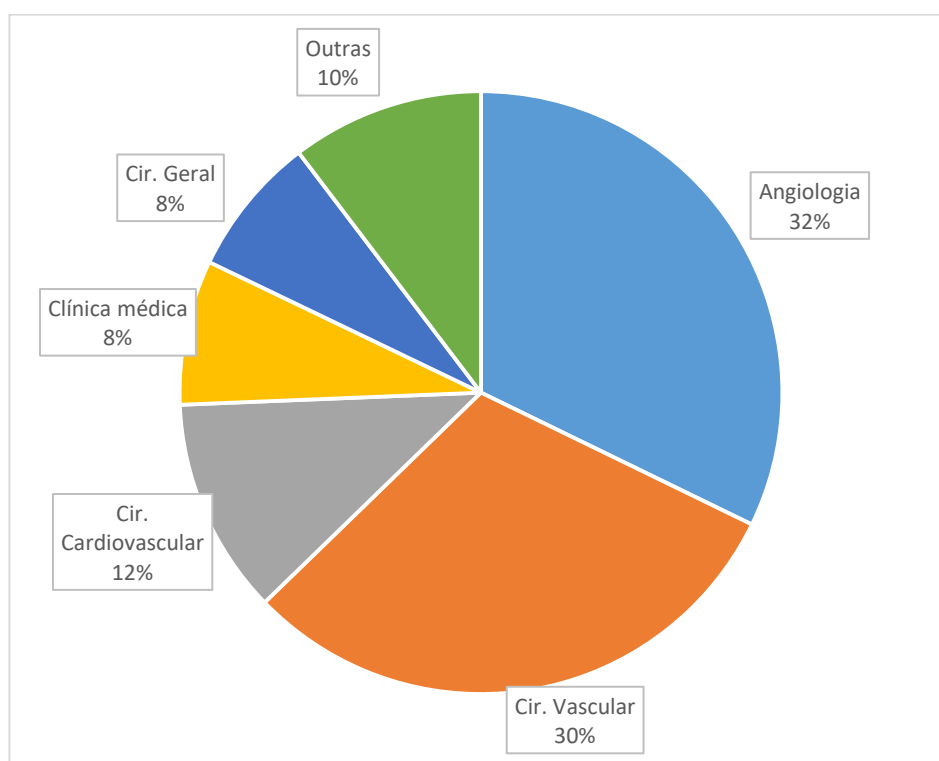
- ❖ Anestesiologia: clínica médica, cirurgia geral, etc;
- ❖ Angiologia: cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular, clínica médica, cirurgia geral, etc;
- ❖ Cardiologia: clínica médica, cirurgia cardiovascular, medicina intensiva, etc.;
- ❖ Cirurgia cardiovascular: cardiologia, cirurgia vascular, clínica médica, angiologia, cirurgia geral, etc.;
- ❖ Cirurgia geral: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, etc.;
- ❖ Cirurgia oncológica: cirurgia geral, oncologia clínica, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia de cabeça e pescoço, urologia, mastologia, ortopedia e traumatologia, etc.;
- ❖ Cirurgia vascular: angiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, clínica médica, etc.;
- ❖ Endocrinologia e metabologia: clínica médica, oncologia clínica, pediatria, medicina da família e comunidade, etc.;
- ❖ Mastologia: ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia geral, radiologia e diagnóstico por imagem, etc.;
- ❖ Medicina de família e comunidade: clínica médica, etc.;
- ❖ Nefrologia: clínica médica, pediatria, etc.;
- ❖ Neurocirurgia: neurologia, clínica médica, etc.;
- ❖ Oftalmologia: clínica médica, etc.;
- ❖ Oncologia clínica: clínica médica, cirurgia geral, cirurgia oncológica, hematologia e hemoterapia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, etc.;
- ❖ Ortopedia e traumatologia: clínica médica, etc.;
- ❖ Psiquiatria: clínica médica, etc.;
- ❖ Radiologia e diagnóstico por imagem: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, etc.;
- ❖ Radioterapia: radiologia e diagnóstico por imagem, clínica médica, oncologia clínica, etc.

Gráfico 2 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de ANESTESIOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



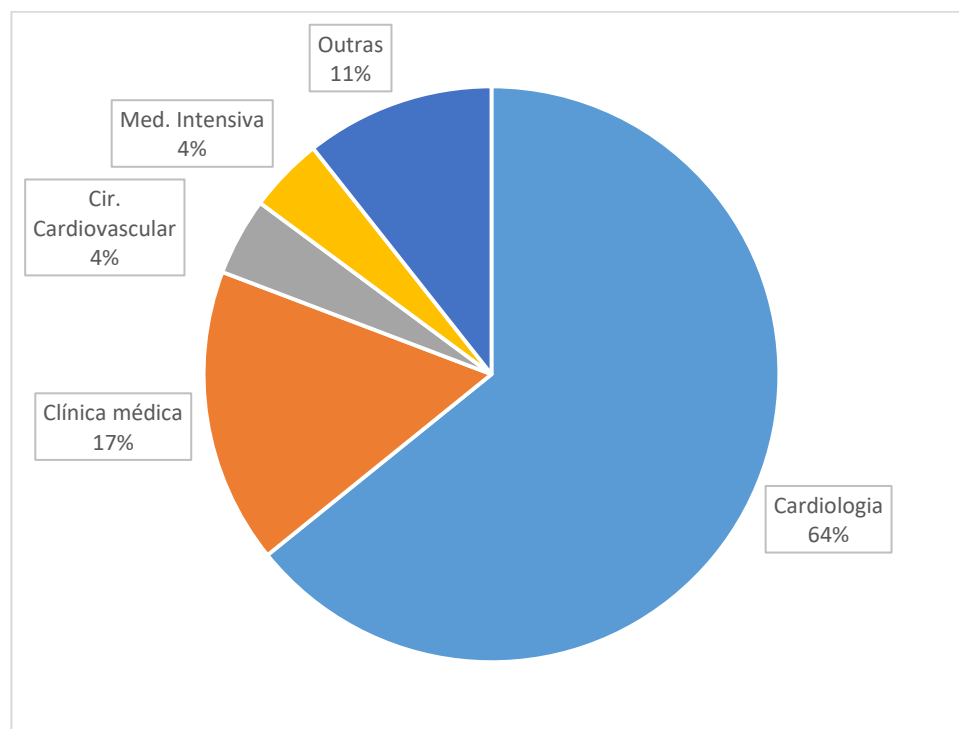
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 3 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de ANGIOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



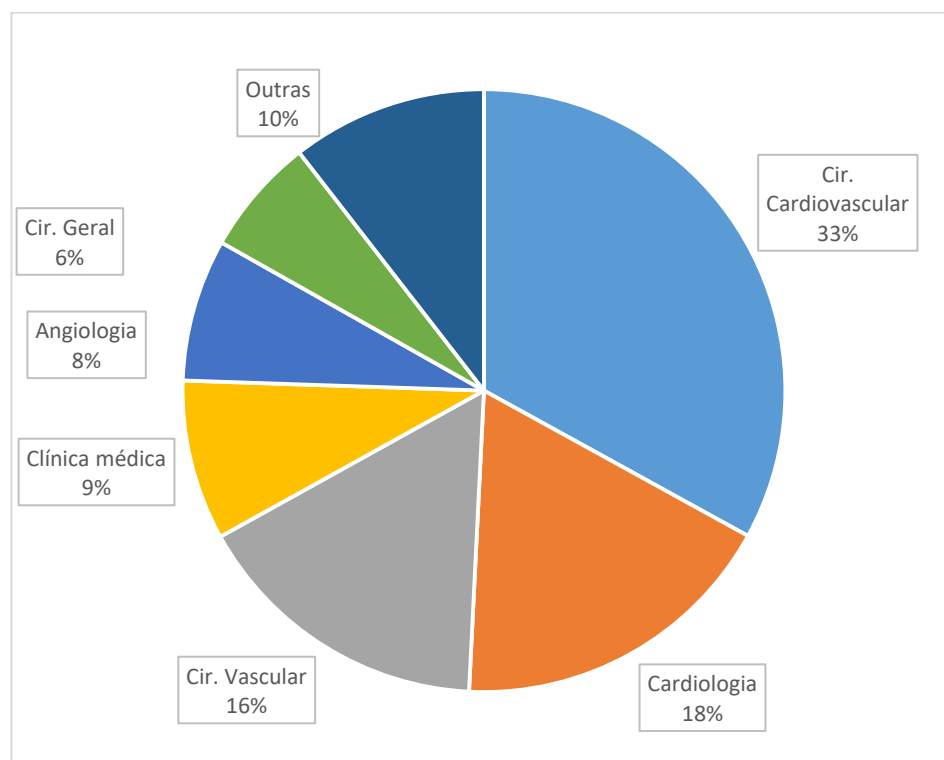
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 4 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de CARDIOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



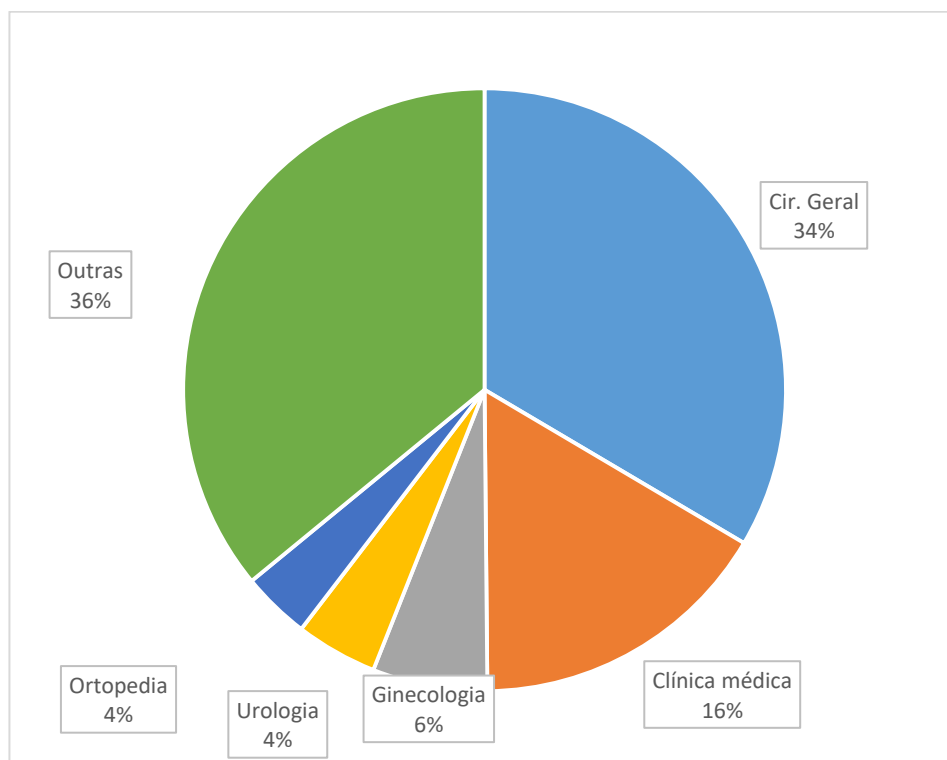
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 5 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de CIRURGIA CARDIOVASCULAR segundo especialidades de ocupação.



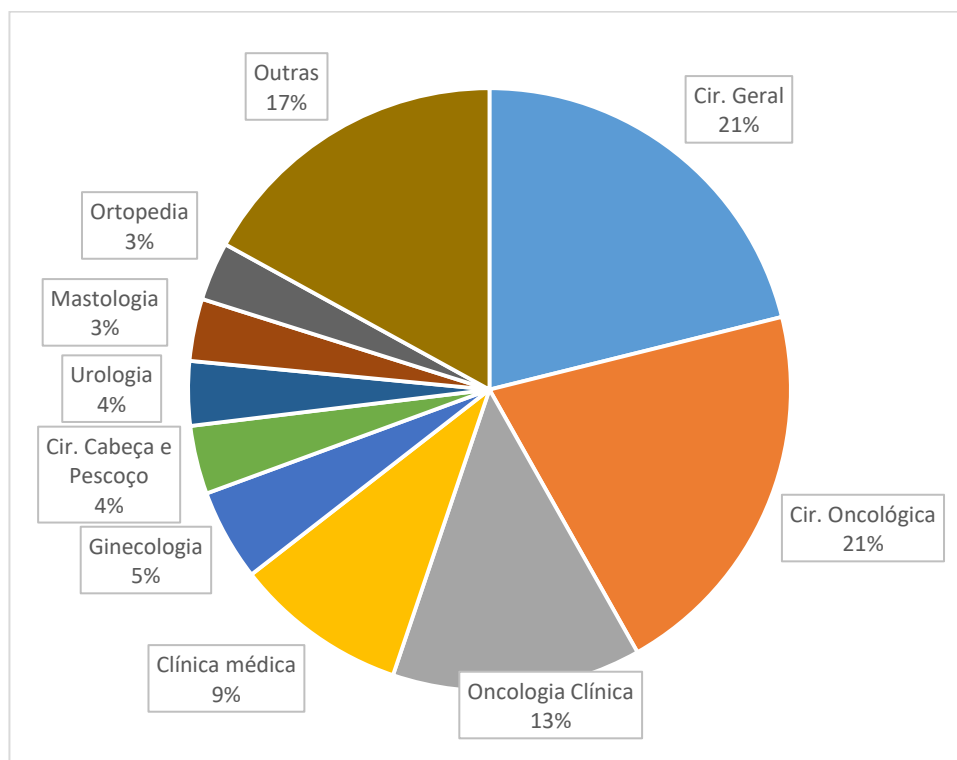
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 6 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de CIRURGIA GERAL segundo especialidades de ocupação.



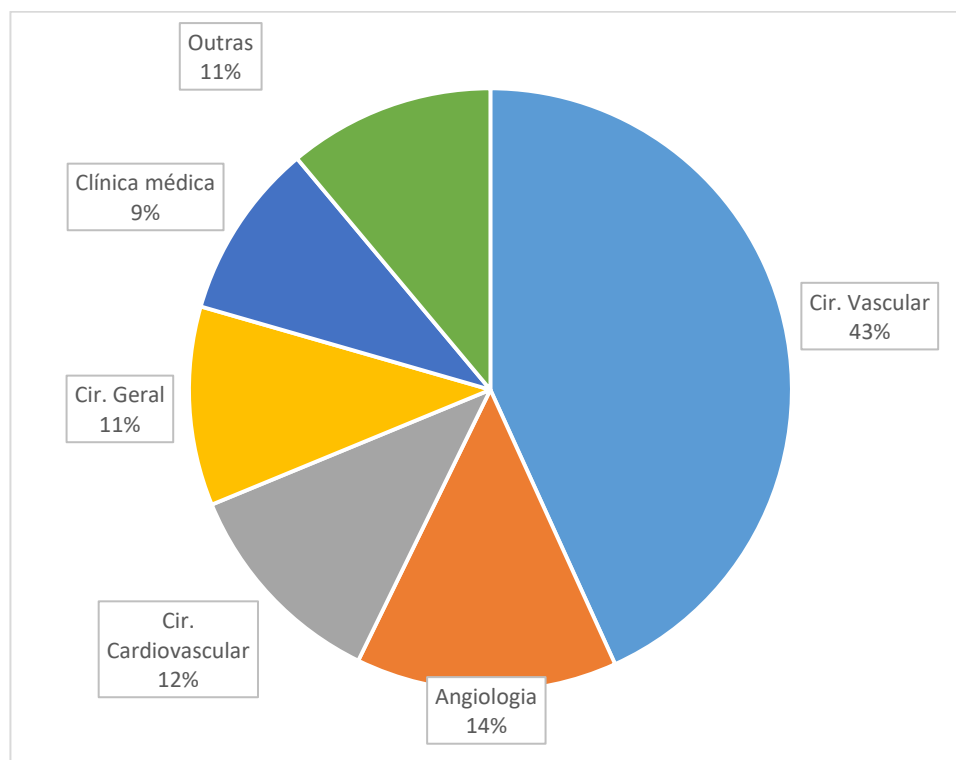
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 7 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de CIRURGIA ONCOLÓGICA segundo especialidades de ocupação.



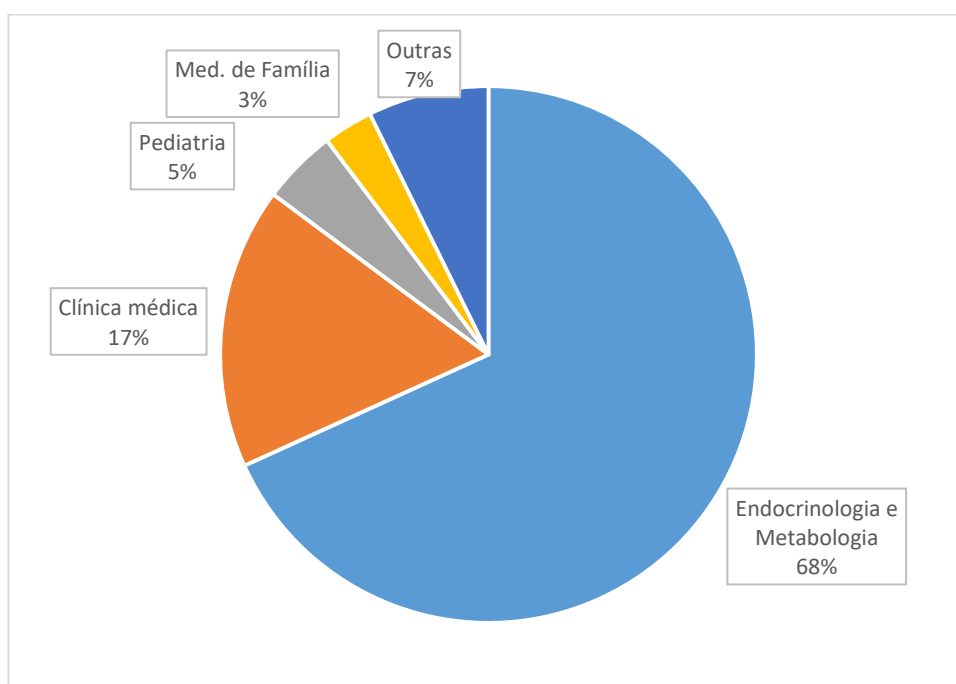
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 8 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de CIRURGIA VASCULAR segundo especialidades de ocupação.



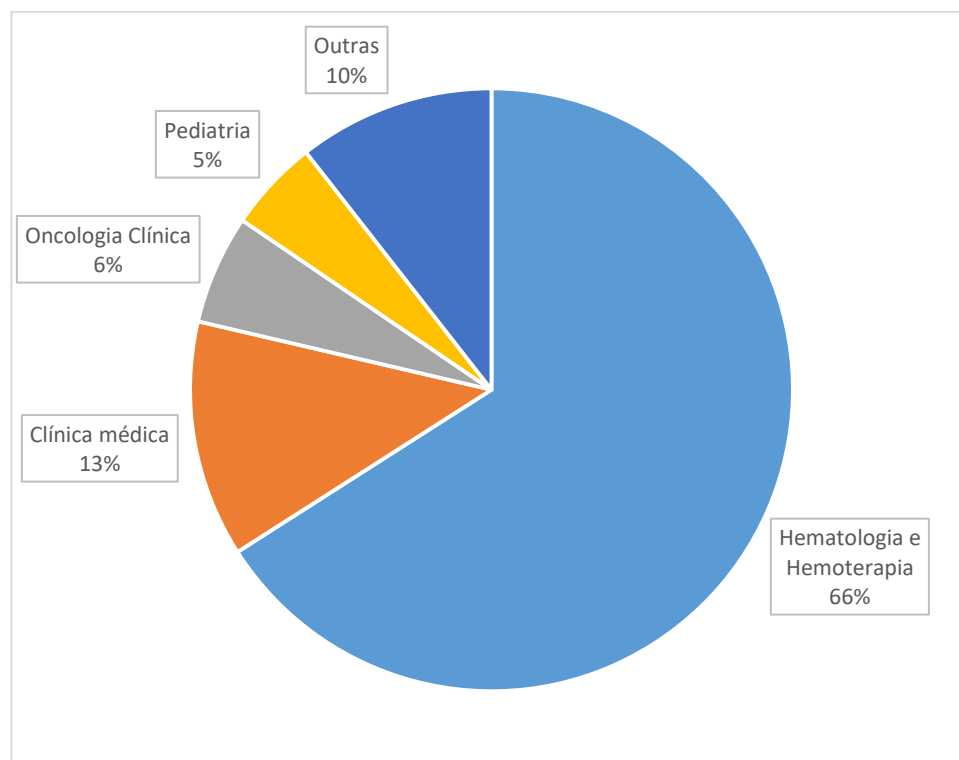
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 9 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



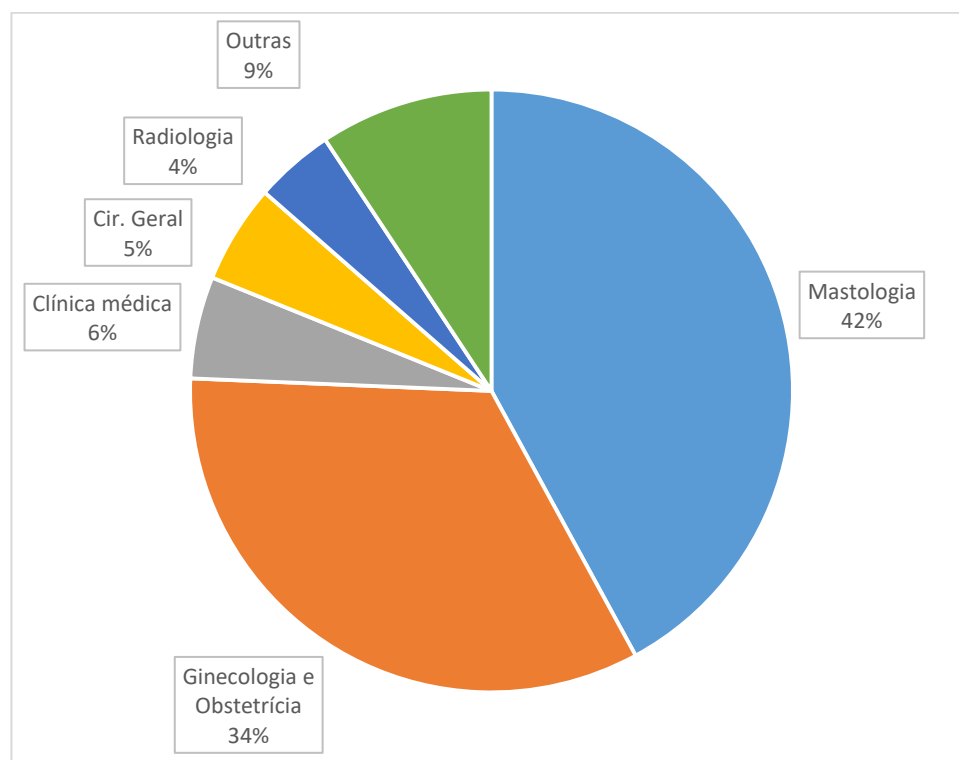
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 10 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA segundo especialidades de ocupação.



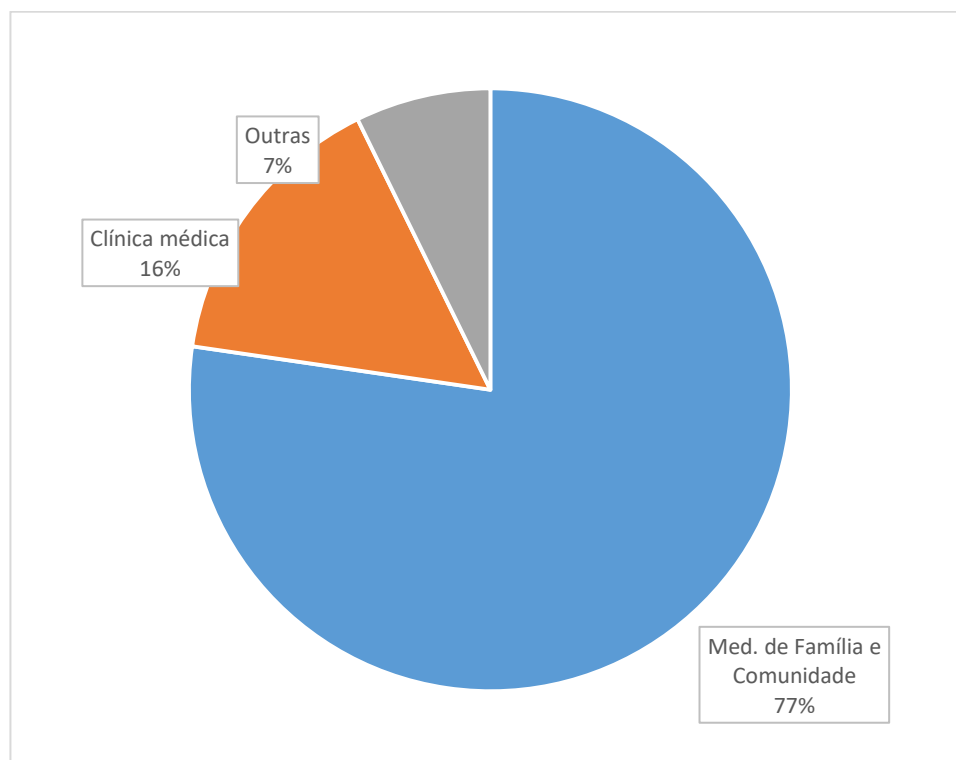
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 11 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de MASTOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



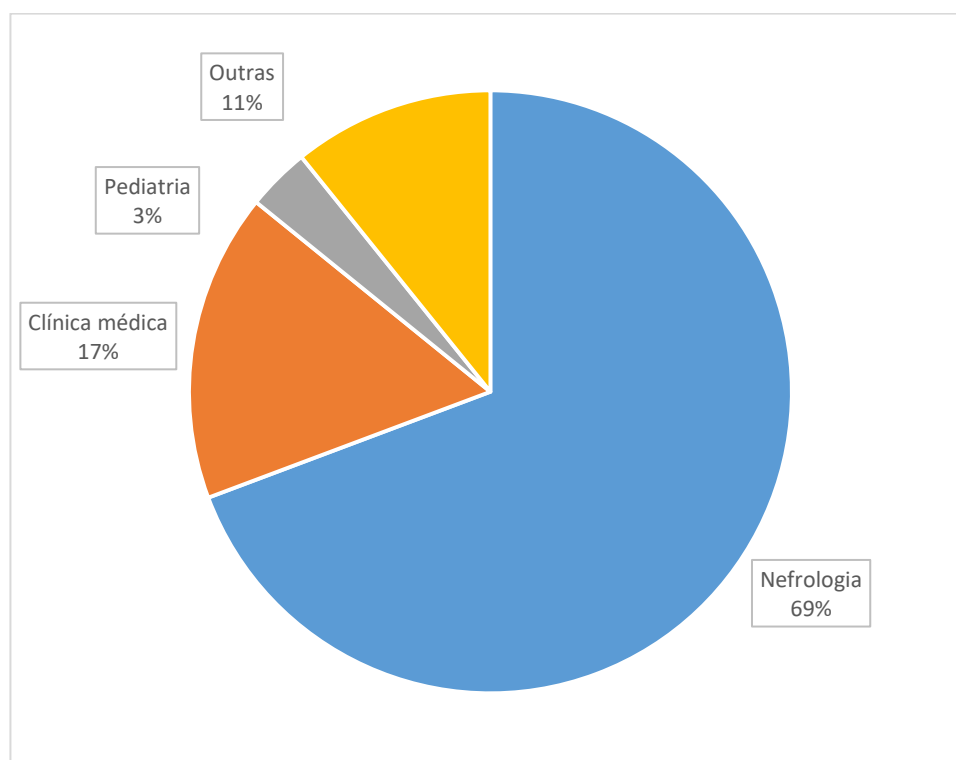
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 12 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE segundo especialidades de ocupação.



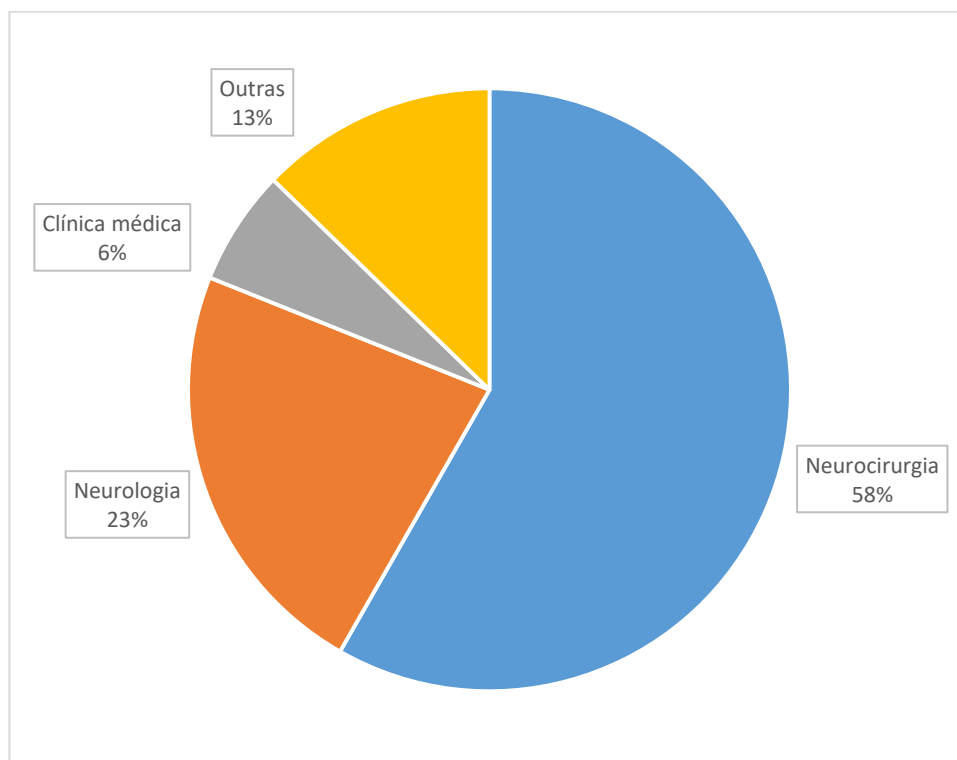
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 13 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de NEFROLOGIA segundo especialidades de ocupação.



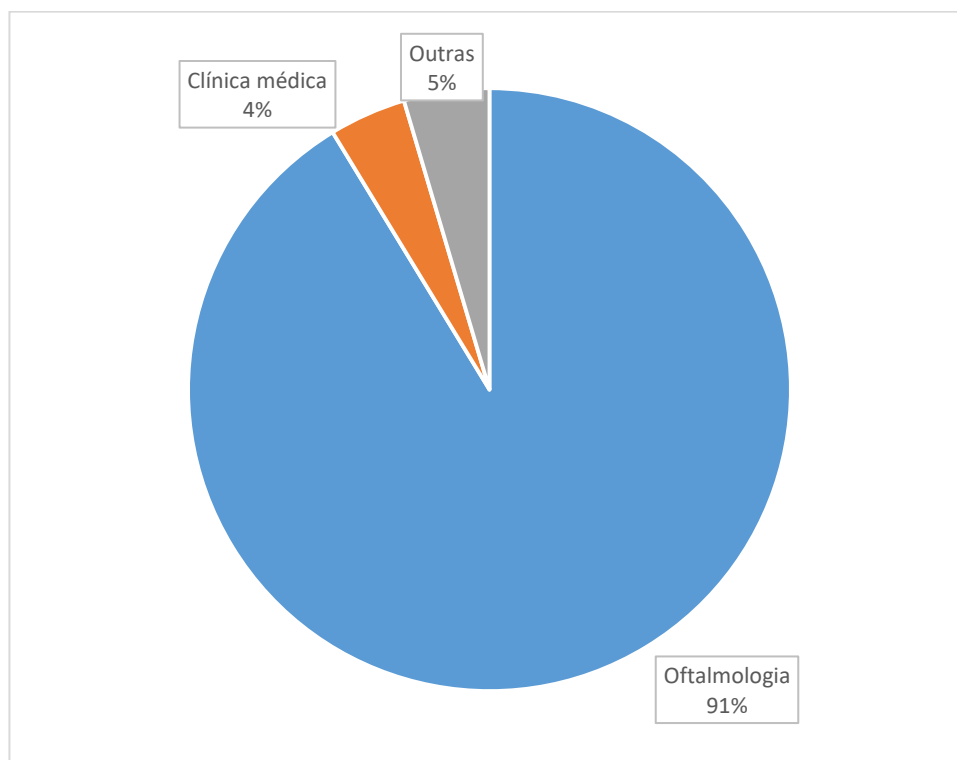
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 14 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de NEUROCIRURGIA segundo especialidades de ocupação.



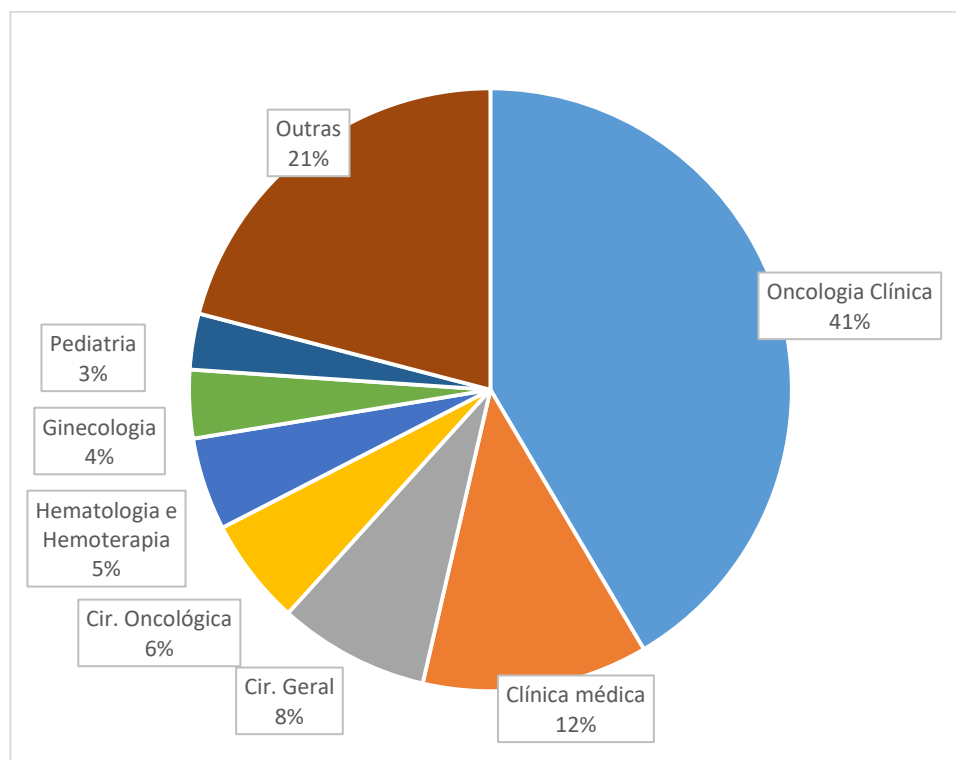
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 15 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de OFTALMOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



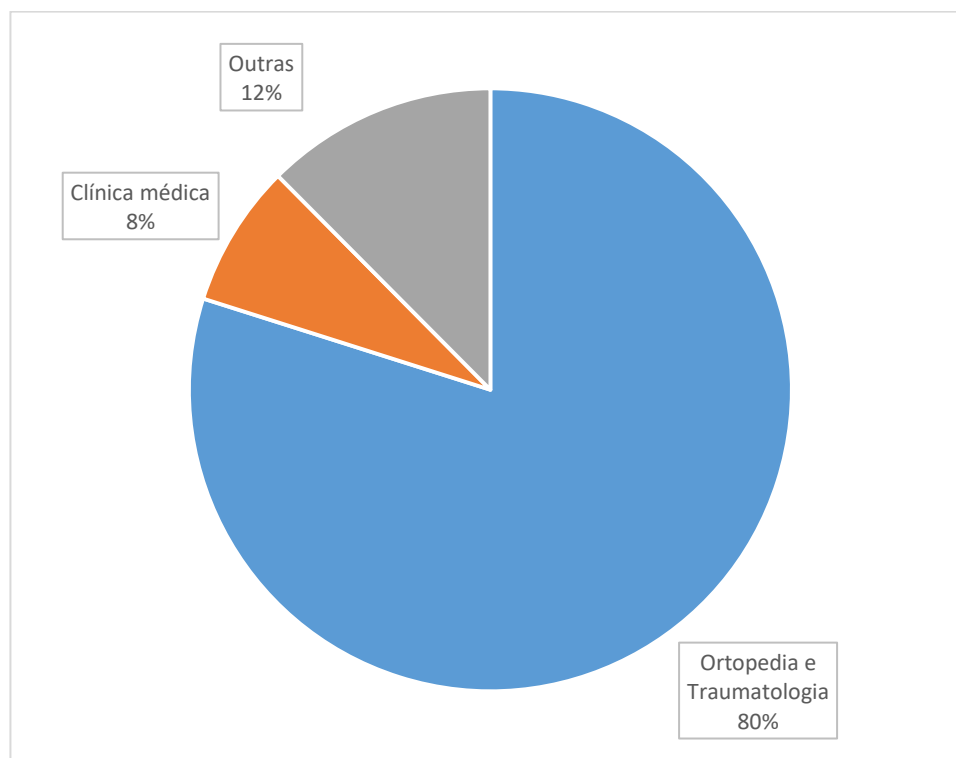
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 16 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de ONCOLOGIA CLÍNICA segundo especialidades de ocupação.



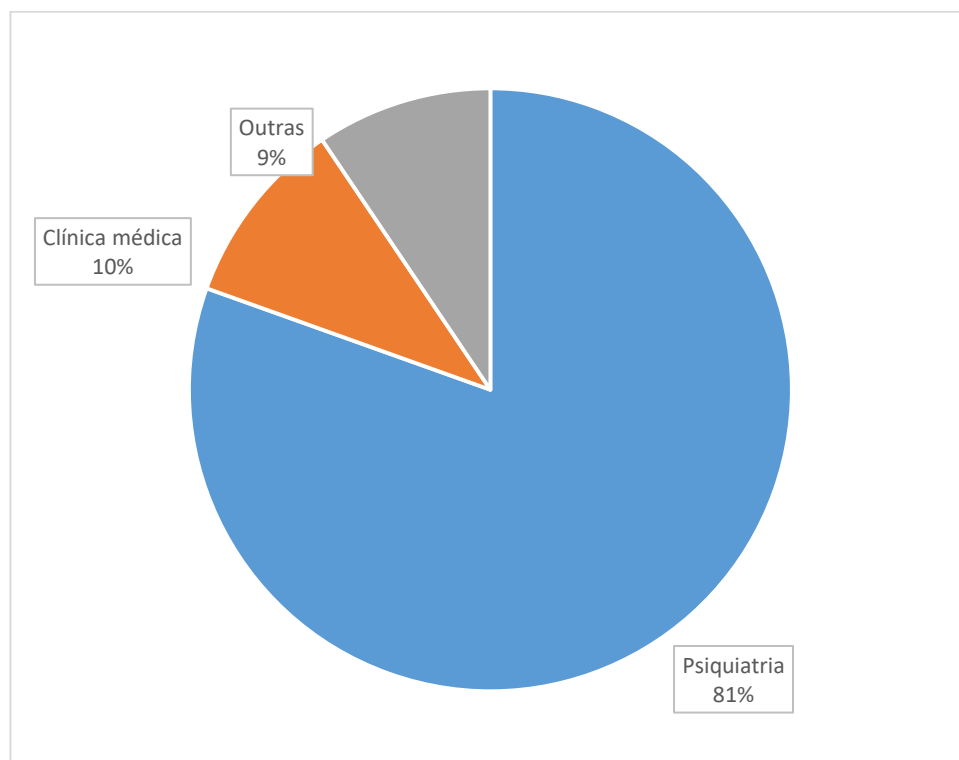
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 17 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA segundo especialidades de ocupação.



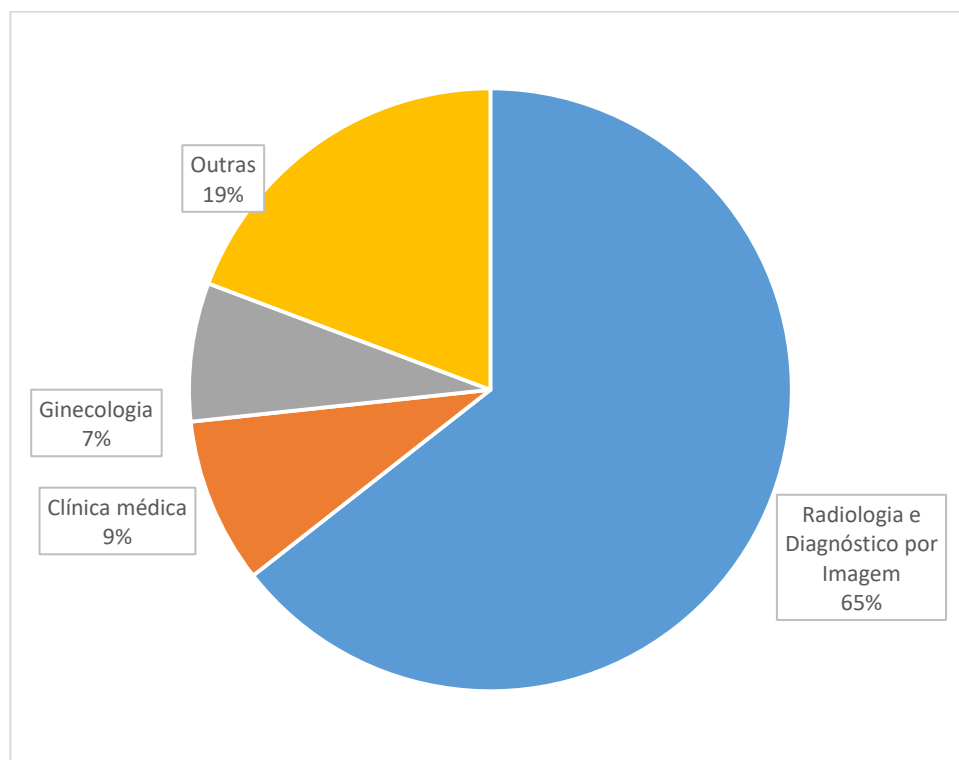
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 18 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de PSIQUIATRIA segundo especialidades de ocupação.



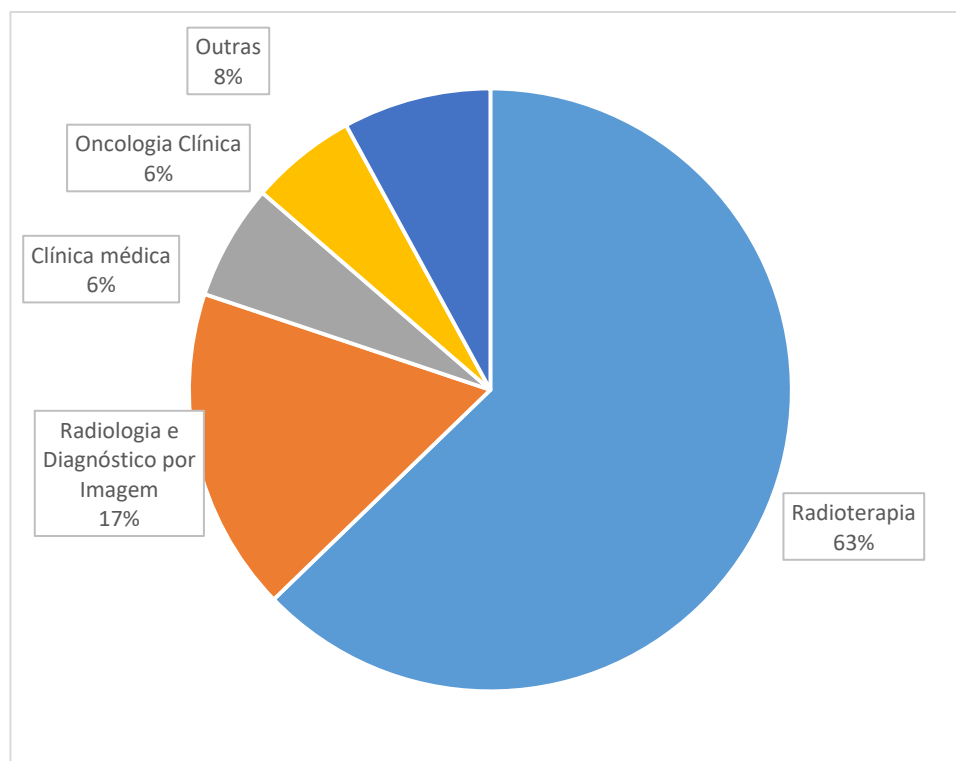
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 19 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM segundo especialidades de ocupação.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

Gráfico 20 - Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de RADIOTERAPIA segundo especialidades de ocupação.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

Note-se que as especialidades do complexo cardiovascular estão articuladas entre si, isto é, há uma tendência de composição da prática de cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular e angiologia pelos mesmos profissionais. Também é muito comum que estes profissionais atuem em radiologia e diagnóstico por imagem, o que deve estar relacionado à execução de procedimentos de imagem específicos da área, como cardiologia intervencionista, angiorradiologia e cirurgia endovascular – o que também ocorre em outras áreas como neurorradiologia e radioterapia. Outra prática comum é em medicina intensiva, o que deve se justificar pela continuidade dos cuidados em intervenções cardiovasculares por meio de terapia intensiva.

Os médicos ocupados em especialidades no complexo de prevenção e controle do câncer atuam em diversas áreas, o que provavelmente depende do tipo de câncer ou do perfil demográfico dos pacientes, sendo mais comum a prática de oncologia (clínica ou cirúrgica) por ginecologistas, urologistas e pediatras. Também é comum a relação com especialidades direcionadas a diagnósticos e ou terapias específicas dos diversos tipos de câncer, caso da mastologia, hemoterapia e radioterapia. Esta última, por sua vez, também se relaciona com o exercício em neurocirurgia e radiologia, entre outras. No caso específico da mastologia, é interessante ressaltar que os especialistas dedicam

apenas 42% da carga horária à especialidade, sendo que outros 34% são direcionadas à ginecologia. Caso semelhante ocorre entre neurocirurgiões, no complexo médico-assistencial do trauma, que dedicam 58% da carga horária semanal à especialidade e 23% a neurologia.

As atuações em clínica médica e cirurgia geral são comuns a quase todas as especialidades, configurando-se como áreas primárias de exercício, o que está relacionado não só aos requisitos básicos adquiridos ao longo da formação em medicina, mas também aos primeiros anos de residência (R1) de inúmeras especialidades, ao longo dos quais se obtém competência nestas áreas. Especialistas como oftalmologistas, psiquiatras e ortopedistas, aliás, quando diversificam sua prática tendem a se acomodar na clínica e cirurgia geral. Isso já não ocorre entre anestesiolistas, médicos de família e comunidade e endocrinologistas, embora também sejam especialidades com maiores proporções de 100% de dedicação. No caso da medicina da família e comunidade, podemos considerar o fato de que assim como a clínica médica, se trata de uma especialidade que já possui uma prática abrangente, perpassa por outras especialidade médicas. É interessante observar que estes dados revelam sinais de que médicos especialistas no Brasil indicam possuir um escopo de prática abrangente e compartilhado, considerando que realizam procedimentos de diferentes especialidades.

4. Análise das entrevistas em profundidade

Uma das atividades estruturantes da pesquisa foi a realização de trabalho de campo para levantamento de dados de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas em profundidade que objetivam a apreensão dos significados, motivações, valores e crenças dos sujeitos pesquisados, no que diz respeito aos objetivos investigativos da pesquisa. A entrevista não consiste em uma conversa despretensiosa e neutra, pois se insere como meio de coleta de fatos que são narrados pelos entrevistados, enquanto sujeitos de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo objeto de estudo (Minayo, 2000). Nesse sentido, o método de entrevista em profundidade foi escolhido dada a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de aprofundar o entendimento dos objetos investigados. A escolha dos entrevistados tem como base a lógica de organização dos serviços, não pretendendo, dessa forma, coletar especificamente informações para cada uma das 19 especialidades selecionadas no projeto.

Neste estudo o público-alvo foram prestadores de serviços de saúde, médicos especialistas, gestores públicos de diferentes níveis de atenção à saúde, diretores e gerentes de serviços, diretores de escolas médicas/programas de residência, representantes das entidades médicas, entre outros. As entrevistas foram realizadas presencialmente, e após a pandemia da COVID 19, passaram a ocorrer de maneira remota. Mais detalhes em relação aos trabalhos de campo estão disponíveis no capítulo 3 da Meta 1.

No presente documento iremos apresentar um recorte em relação às questões relacionadas à escopo de prática. A análise procurou identificar a opinião dos diferentes atores no que diz respeito aos escopos de prática compartilhados entre as especialidades médicas; entre outros profissionais de saúde; procedimentos e atividades especializadas que poderiam ser realizadas na APS; mudanças na prática médica em decorrência da introdução de novas tecnologias, mudanças em decorrência do envelhecimento da população e o impacto da pandemia na prática médica.

4.1. Compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas

No Brasil, como vimos acima, legalmente, graduados em medicina são aptos para o exercício da medicina em qualquer área ou especialidade médica. Para se declararem especialistas é necessário o RQE no Conselho Regional de Médica, que atesta, para efeitos de exercício profissional, que o médico é apto para exercer determinada especialidade. Na prática, muitas vezes, não existe uma linha tênue que demarca os escopos de prática entre as especialidades médicas, podendo muitas práticas serem compartilhadas entre médicos de diferentes especialidades, níveis de atenção e entre outros profissionais de saúde. Ao serem indagados sobre a percepção acerca do compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas, as respostas refletem que há disputas em torno de escopos exclusivos e reservas de mercado:

Entre as especialidades, você tem algumas disputas, uma área que tem uma disputa muito grande é na questão da imagem. Então o ginecologista se acha apto para fazer ultrassom da paciente, o cardiologista acha que quem tem que fazer eco é ele, mas o radiologista, por outro lado, diz que quem tem que fazer a imagem é ele (...). Essas brigas são constantes. Isso é briga de mercado e briga de dinheiro. Nós, por exemplo, da cirurgia cardíaca, tivemos uma briga recente muito grande. Quem implanta o marca passo? O cirurgião cardíaco ou o eletrofisiologista (Representante da AMB).

Endocrinologia é a especialidade que trabalha com hormônios e a nossa especialidade hoje está sendo invadida (...) por médicos que não fazem a formação em endocrinologia e inventam termos que vocês devem ver na mídia toda hora, “anti aging”, “anti envelhecimento”, medicina integrativa, modulação hormonal, nenhum desses nomes existem, normalmente são médicos sem caráter e sem formação, são cursos de final de semana para médicos que querem se dizer endocrinologistas, e às vezes eles se dizem endocrinologistas, mas na verdade o que eles querem é colocar “chip da beleza”, prescrever anabolizantes (...) O simples fato de uma pessoa se dizer especialista em modulação hormonal, nutri endocrinologia, foi um termo que foi criado, “anti aging”, “anti envelhecimento” (...) já é passível de punição pelo Conselho Regional de Medicina, isso já é uma infração ética (...) Você não vai ver essas pessoas dentro de Sociedades sérias, eles criam Sociedades, “Sociedade do Envelhecimento Saudável”, “Sociedade do Anti Aging”. Isso é uma má prática muito grande (Representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia).

Como a gente trabalha muito com a psiquiatria, muito com saúde mental, a gente tem muita proximidade com o grupo da psiquiatria. Quem não gosta da gente, acho que é mais fácil falar quem não gosta: ginecologista obstetra, clínico e pediatra, eles não gostam da gente, o pediatra fala: “quem é para atender criança é pediatra, se não for pediatra, não pode atender criança”, e o ginecologista obstetra fala que só eles podem colocar DIU e implantes (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 1).

De fato, entre as especialidades médicas existem domínios de espaços exclusivos, como exemplificado por um dos entrevistados sobre a medicina intensiva, que conquistou o espaço de ter um especialista por UTI.

O que aconteceu na área de medicina intensiva? Toda UTI tem que ter 1 especialista. Eles conseguiram um treco, só para eles, porque eles estavam sob pressão de alguns

especialistas, inclusive os anestesistas, os pneumologistas, os cardiologistas, agora têm que ter comprovante da AMIB [Associação de Medicina Intensiva Brasileira] para assumir UTI. Isso foi bom? Só sei que não foi ruim (Pesquisador 3).

Alguns respondentes justificam esta posição alegando a falta de conhecimento e treinamento que especialistas de diferentes áreas têm para assumir determinadas funções, podendo acarretar em dano ao paciente e ainda ser passível de judicialização:

A área de atuação de ultrassonografia vascular, quem pode fazer ultrassom vascular, desde que seja habilitado é o ginecologista obstetra, radiologista, cardiologista, cirurgia vascular e angiologista. Se você me perguntar, nada contra a especialidade, mas o que um obstetra entende de vaso? (...) Você repara a diferença do laudo, quando a pessoa sabe da doença e quando a pessoa não sabe (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

(...)o médico pode fazer tudo, qualquer médico pode fazer ultrassom, vou te dar um exemplo. O CTI lá do XXX tem um médico excelente que fez um curso de ultrassom (...). Beleza, doente estava lá, doente estava com uma febre, duas horas da manhã, o médico que botou o cateter falou assim: “Deixa eu olhar a barriga dele, ver se acho alguma coisa, de repente a gente acha a causa da febre”, beleza. Aí ele foi no rim, achou uma imagem: “Isso é um abscesso renal”. Aí falou com a família, “como que vai confirmar o diagnóstico de abscesso renal? Vai fazer tomografia”. Pega o doente do CTI, no respirador, desce pra tomografia, só que o doente estava em insuficiência renal, não podia fazer contraste, então não pode fechar o diagnóstico disso, volta o doente. Aí tem que fazer uma ressonância, pega o doente, desce o doente, faz uma ressonância, o que mostrou a ressonância? Um cisto de rim simples. Aí volta o doente, foi uma confusão danada, a família: “Que história é essa gente?”, aí uma médica radiologista que é quem faz os exames dos internados, foi fazer o exame nele. Aí depois veio falar que não tinha menor dúvida que era um cisto simples, não dava nem pra pensar num cisto complicado, que tivesse infecção. Não é, é um cisto simples”, isso tudo é treinamento (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

As pessoas fazem um montão de coisas, acham que podem fazer e fazem errado. E aí? Aí que Deus protege né? 90% das vezes não vai ter problema, 10% vai ter e esses 10% vão acabar em que? Judicialização (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

Porque veja bem, você sabe que no Brasil médico, se eu formei medicina eu posso operar tua cabeça agora, você sabe né? Eu posso pegar você agora, levar no hospital da esquina e abrir tua cabeça, só que o que é seguinte, depois eu vou ser processado por imperícia, imprudência (Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia).

A tendência de subespecialização médica no Brasil, também surgiu nas falas de alguns entrevistados enquanto um limitador para a prática, em que dentro da própria especialidade, um médico que possui uma subespecialidade em determinada área pode não se sentir apto a assumir uma tarefa atribuída a outra subespecialidade, como por exemplo na elaboração de laudos médicos:

Eu sou médico patologista e isso não me habilita a liberar laudos de qualquer coisa. Se eu quiser ser patologista de rim, eu vou ter que fazer um curso de especialização em patologia renal. Hoje a gente não assume mais que as pessoas possam fazer coisas além da sua capacidade (Representante COREME UNIFESP - SP).

Apesar das disputas de domínio de prática e mercado serem evidentes, em algumas entrevistas, foi possível observar um discurso mais favorável ao compartilhamento de escopo de prática entre especialidades. Além disso, algumas especialidades são caracterizadas por possuírem uma maior flexibilidade de escopos de prática, por exigirem um conhecimento integral de diversas áreas:

[especialidades que compartilham atividades] *A oncologia é uma, a cardiologia, a cirurgia vascular, a área da hemostasia, ginecologia (...) A minha opinião é que isso tem que ser compartilhado mesmo, não existe reserva de mercado e nem deve existir. O que deve-se entender é que quanto mais interação houver, o resultado do serviço prestado é melhor (Representante da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Celular).*

(...) não é um especialista em um órgão ou um sistema, você tem que ter uma certa flexibilidade e saber um pouco de tudo.(...) [Mesmo não sendo] cardiologista, você tem que saber se virar em relação ao idoso, seja no paciente crítico ou num pronto socorro também (Médico Geriatra).

Neste contexto existem algumas especialidades que possuem uma maior interface em relação determinados exames ou atividades clínicas, como exemplificado por representante de curso de especialização:

Tem alguns exames, não são todas as residências, cada residência tem a sua particularidade, mas tem algumas residências de gastroenterologia, por exemplo, que os meninos saem fazendo endoscopia e colonoscopia, então sim, você acaba compartilhando um pouco, os meninos da proctologia também fazem colonoscopia, tem cirurgião que faz endoscopia, então eu acho que do ponto de vista de procedimentos, a gastroenterologia faz interface sim com algumas especialidades. Do ponto de vista clínico, talvez só a gastroenterologia com a proctologia, dentro das doenças inflamatórias intestinais, na minha opinião, fora isso eu não vejo mais nada que seja coincidente de outra especialidade não. (Representante Curso de Especialização - BH)

Há situações que exigem um treinamento adicional ao especialista determinada área para assumir funções de outra especialidade, como exemplificado por representante de residência em Radiologia.

Por exemplo, o colega que é um intensivista ele pode adquirir a habilidade de fazer uma punção guiada por ultrassom, é importante para ele, vai ajudar no dia a dia reconhecer um líquido livre, mas ele vai ter que passar por esse momento de aprendizagem prática para adquirir essa habilidade, não tem jeito. E aí é uma discussão bem profunda, que tem a ver com as prerrogativas de atuação médica de cada uma das áreas, né (...) Eu sei que tem algumas habilidades, por exemplo, de realizar exames de ultrassom que requerem um tempo de aprendizagem prática que não pode ser superado. A residência oferece isso muito bem, então se o profissional sente que dominar este recurso é importante, ele também vai precisar passar por esse estágio da aprendizagem prática, aí ele pode sim adquirir essa habilidade (Representante Residência Radiologia - Hospital das Clínicas - BH).

A importância de uma formação integral e integrada que aborda diversas áreas e especialidades é ressaltada por alguns dos entrevistados, que defendem que um especialista precisa saber transitar por diferentes especialidades para ser mais efetivo. As matrizes de competências para for-

mação de especialistas, podem favorecer este processo. Além disso, o pré-requisito de formação em clínica médica para determinadas especialidades também contribui para um conhecimento mais abrangente do especialista.

O próprio dermatologista tem que saber muito da clínica, mas algumas subáreas, você vai fazer neurologia, neurocirurgia, você pode ir para um caminho mais direto. Mas a grande maioria, a formação de médico tem que passar por uma formação integral. O indivíduo tem que saber ser pediatra, ser clínico, saber ser cirurgião e saber ser ginecologista e obstetra, e hoje nós temos a medicina de família que é uma área que eu acredito que veio para preencher muito bem. (...) Como o ortopedista, que quer ser ortopedista logo no começo, não quer saber do infarto, mas ele vai ter que atender em uma unidade de saúde e ele vai ter que saber pelo menos fazer um diagnóstico, para mandar o indivíduo adequadamente para o centro de referência (Representante da AMB).

Tem residências que a gente diz que tem que ter pré-requisito, ou seja, para você fazer uma residência você tem que ter feito uma outra antes, cirurgia do aparelho digestivo, você tem que ter feito cirurgia geral antes, então eles acabam mesclando esses programas. Pneumologia, endocrinologia, nefrologia, cardiologia, são programas que você tem que ter feito clínica médica antes. Então os estágios são compartilhados entre residências (Representante do COREME - Hospital das Clínicas - BH).

(...) a formação generalista do cirurgião exige um conhecimento básico em urologia, em Coloproctologia, em cirurgia ginecológica, então eles acabam fazendo estágios nesses programas de residência, então isso pode ser um tipo de compartilhamento, agora outros programas, por exemplo, usam a clínica médica como base de uma forma muito mais intensa, como por exemplo a neurologia, outras especialidade de entrada direta mas que são eminentemente clínicas, ou que usam parte da formação do intensivista também, então existe esse compartilhamento mais intenso (Representante COREME, Felício Rocho - BH)

Alguns especialistas também podem acabar assumindo atividades que outras especialidades deixam de realizar. Segundo o representante da residência de radiologia (Hospital das Clínicas - BH) há uma falta de interesse do radiologista em realizar procedimentos de inversão, como biópsias e drenagens que são mais demoradas e envolve mais risco, além de serem pouco remunerados. "Algumas áreas são menos do interesse do radiologista e aí é natural que o colega assuma, né? É o que o falo muito aqui com nossa equipe, olha se a gente ficar cada vez menos fazendo procedimento, porque tem risco, não tem uma remuneração justa, alguém vai ter que fazer".

Foi relatada também a ocorrência de compartilhamento de escopos de prática devido à escassez de uma determinada especialidade médica, como por exemplo entre a angiologia e a cirurgia vascular, em que "a maioria das doenças que a angiologia trataria, hoje em dia é o cirurgião vascular que acaba tratando até pela escassez de profissionais no mercado" (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

A existência de situações de compartilhamento de escopos de prática entre os médicos, também é influenciada pela própria organização local, como exposto por um dos gestores municipais entrevistado, que relatou que há diferenças dentro da rede municipal:

A gente tem na rede algumas experiências de compartilhamento muito interessantes e outras de aprisionamento total dentro do seu campo de ação, sem nenhum tipo de compartilhamento. Quando a gente vai estudar a fundo a impressão que dá é que o gerenciamento local é que dita isso. Unidades bem gerenciadas, com processo, com colegiados gestores ativos, que dividem os processos, normalmente, têm boas relações entre os profissionais (Gestor Municipal 2 - BH)

4.2. Compartilhamento de escopos de prática com outros profissionais de saúde.

Em se tratando do compartilhamento de escopos de prática com outros profissionais de saúde, as entrevistas refletem uma posição ainda mais conservadora, com discursos que remetem para uma demarcação de território contra a "invasão" de suas respectivas áreas de atuação e especialidades e em defesa do Ato Médico: *"Enfermeiro pode fazer ultrassom? Não pode fazer ultrassom! Porque ultrassom é um ato médico, tem uma Lei Federal disso. Fisioterapeuta pode fazer ultrassom? Não, não pode fazer"* (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

Olha, se eu não segurar certas coisas na AMB tem guerra de foice, e você sabe qual é o maior problema hoje? Não é nem de especialidades (...) Mas hoje você tem muito nutricionista fazendo coisa de médico. Tem nutricionista prescrevendo e pedindo exame de laboratório. O laboratório não pode fazer, mas ele quer ganhar dinheiro. O indivíduo com CRN não pode pedir exame de sangue. Tem muito fisioterapeuta fazendo Botox. O pessoal fica em cima de mim, e esses casos que acontecem infelizmente, igual o que aconteceu no Rio de Janeiro, são profissionais não habilitados. Então, nessa área de plástica, de cosmetologia, de dermatologia, de acupuntura. Acupuntura é um ato médico. Um psicólogo não pode aplicar acupuntura em ninguém, mesmo que você tenha tido treinamento. Você não é habilitado para isso. E isso está acontecendo todo dia. Os conselhos regionais de medicina recebem denúncias todo dia. Você tem que ficar dentro daquilo que você foi formado. Essa é a grande verdade. (Representante da AMB)

Então a gente julga, assim, não temos nenhum prurido de trabalhar em parceria, em equipe e tal, acho mais que tem que trabalhar. É fundamental o auxílio das equipes de enfermagem e tal, mas tem uma coisa que é do ato médico que eu, pessoalmente, julgo que não deve ser transferido. (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia)

Dentro da oftalmologia, que é uma coisa que a gente tem bastante dificuldade, que é a Figura do optometrista, que é o indivíduo técnico que não é oftalmologista e quer exercer a oftalmologia, faz isso avançando ao ato médico (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia)

Sobre, por exemplo, a solicitação de exames por um fisioterapeuta, representante da residência em Radiologia (Hospital das Clínicas - BH) enfatiza não ser possível pois é um ato médico. *"Porque se a gente abre espaço para isso, a gente está praticamente abrindo mão da questão do ato médico, que é quem deve fazer toda a investigação e definir qual deve ser a propedêutica"*.

A falta de competência e conhecimento dos profissionais de saúde não-médicos como justificativa para não assumirem algumas funções também foi bastante enfatizada, principalmente em relação às possíveis complicações associadas a determinadas práticas e doenças.

(...) o que mais motiva o indivíduo a procurar o oftalmologista? Em geral é porque a visão não está boa. E esta é uma oportunidade para você eventualmente detectar um tumor, detectar um glaucoma. (...) Então a perda da oportunidade do paciente de fazer uma avaliação médica, com a hipótese de procurar óculos, é horrível em termos de prognóstico. (...) Toda vez que a gente entra nesse assunto: “Nós somos corporativistas, estamos querendo defender nosso lado”, infelizmente é assim, mas a gente realmente entende que é um ato médico. E dentro da consulta oftalmológica, o medir o grau dos óculos é um pedaço dela, mas se esses indivíduos [optometrist], veja bem, o indivíduo vai lá porque não está enxergando bem de perto ele vai embora e o resto? E se tiver qualquer doença, né? Tem muitas doenças dentro da uveíte e muitas delas são fatais, artrite reumatoide (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

A frente primeira é defesa profissional, invasão de área, não-médico, essas coisas. É o tratamento da doença venosa, nas suas causas iniciais por não-médicos. Isso traz um problema muito sério, por que? O que a gente está vendo é que existem profissionais de outras áreas da saúde se propondo a tratar a doença venosa na sua fase inicial, mas eles encaram isso como se fosse um corte de cabelo, isso está errado! Se você não cuidar direito da doença venosa no início, ela vai pegar nos pacientes. A chance de complicações aumenta, quando a pessoa tem uma complicação ela não sabe reconhecer a complicação, então ela deixa de tratar precocemente uma complicação, por exemplo, uma trombose. Então nós temos uma preocupação da defesa profissional, com a invasão da nossa profissão. (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular)

Bom, a radiologia está ligada a diferentes especialidades, o conteúdo é muito extenso. A interpretação, a análise e interpretação das imagens não é um processo quantitativo, como é um exame de hemograma que o resultado sai ali, então ele requer, é bastante artesanal na questão da interpretação. Então você tem que trabalhar com padrões e bastante diagnóstico diferencial, você tem que elencar todo seu conhecimento para entender a semiologia daquele padrão que você está observando e elencar diferentes diagnósticos diferenciais e o que te dá isso é a faculdade de medicina, na minha opinião (Representante Residência Radiologia - Hospital das Clínicas - BH).

Alguns respondentes apresentaram, no entanto, um discurso um pouco mais favorável, alegando que o compartilhamento de escopos de prática entre outros profissionais de saúde não-médicos seria possível mediante necessidade e regulamentação

Eu vou te dar um exemplo, até achei que é meio antigo. Houve um grupo (...)que submeteu uma aprovação ao COFEM que o enfermeiro pudesse fazer uma determinada prática, que é o botão anestésico, eu não sou técnica, mas é uma prática que na regulamentação da profissão o enfermeiro não poderia fazer e eles conseguiram submeter uma aprovação que o enfermeiro poderia fazer. O que quero falar é que aqui tem muito forte essa questão de seguir uma regulamentação e da qualidade e segurança, mas se ele entende que pode existir um caminho alternativo em prol do paciente, para agilizar uma prática, ele vai atrás dessa permissão. É claro que isso é um caso específico, mas acho que a resposta da tua pergunta é a gente segue aquilo que regulação da profissão coloca (Gestor de Serviço - Hospital Albert Einstein - SP).

É essencial, no entanto, que o profissional tenha competência para resolver qualquer intercorrência do procedimento realizado e para isto é necessário adequar a formação.

Acho que têm atividades que são médicas, acho que elas têm que ser respeitadas. E tem outras que não são necessariamente médicas, acho que tem que definir bem as coisas. Porque a partir do momento que você realiza uma atividade, se ela der errado você tem que ter competência para resolver o problema do erro. Então eu acho que a questão da competência é saber o seguinte, se não der certo, eu vou conseguir resolver? Se eu não conseguir, na minha opinião, não sou um profissional adequado para fazer aquilo (...) acho que você tem que ter competência para solucionar um problema, o ato que você produziu, ser responsável por aquele problema. Aí é questão de mudança curricular, de formação e não simplesmente agora vai fazer isso. Eu não sou contra nenhum tipo de mudança, desde que ela seja bem estruturada e que seja feita de forma adequada para não haver prejuízo pra ninguém. (Representante COREME - Santa Casa - BH).

De uma maneira geral, observa-se uma fala mais conservadora de representantes das sociedades e dos próprios médicos especialistas, sendo a visão de gestores de serviços, municipais e estaduais mais aberta para o compartilhamento de atividades entre especialidades médicas e entre profissionais não médicos.

Uma interlocução e um trabalho mais integrado e multiprofissional dentro do SUS, aumentaria a possibilidade do acesso da população, a resolubilidade e a satisfação do usuário com o sistema SUS, isso é uma convicção que eu tenho (...) Nós temos ainda um modelo estruturado em redes, pensando em redes de saúde, mas ainda centrado no profissional médico, e isso é uma questão cultural. A dona Maria que vai no PSF e não consulta com um médico, ela vai para fazer uma consulta e só é atendida pelo enfermeiro ou pelo nutricionista, ela pergunta: “E eu não vou passar pelo médico?”. Então é uma cultura ainda que a gente precisa trabalhar, com educação em saúde, para que a gente possa mudar um pouco esse modelo centrado no médico. Nós sabemos a importância do profissional médico, acreditamos na importância do trabalho médico, mas também temos outros atores, outros profissionais que vão gerar saúde, que vão gerar qualidade de vida, vão gerar uma vida saudável para as pessoas (Representante do COSEMS - MG).

Foi notável também diferenças nos posicionamentos em relação às especialidades, em que os respondentes da MFC, a geriatria e a psiquiatria apresentaram um discurso mais flexível em torno destas questões. Um dos entrevistados representantes da SBMFC enfatiza inclusive os próprios profissionais de saúde devem se reinventar, avançar e conquistar novos espaços, em que cita o exemplo a fisioterapia que passou a dialogar com outras especialidades médicas para além do ortopedista, conquistando novos campos de atuação, se valorizando quanto profissão:

ela conseguiu encontrar o seu caminho, ela não tenta fazer aquilo que não é dela, ela esta extremamente ciente da sua atuação, de qual é o núcleo de atendimento dela, de uma forma mais ampla, e ela começa a fazer o seguinte, fazem bons diagnósticos, boas intervenções, e ao invés do médico fazer a aliança com a fisioterapia, ao invés dela ó com o ortopedista, que só pensa em operar, ela passou a conversar com as outras especialidades, mostrando os procedimentos que ela estava fazendo e estavam dando certo, que ela estava melhorando a qualidade de vida do paciente, coisa que o médico dialogar só não estava conseguindo dar resposta, então ela pega para ela a responsa-

bilidade de lidar com essa dor crônica do paciente, por exemplo, então é uma área de atuação em saúde que conseguiu se reinventar, e esta seguindo muito bem os passos dela a fundo, todos esses ramos da fisioterapia estão se reinventando. Isso são movimentos próprios das profissões, e eu acho que isso está faltando na enfermagem, que fica em um espaço de gestão, mas de uma gestão dura, mais de pessoal de RH, ela não se coloca ainda em uma gestão de processo amplo, fica naquela questão mais dura com os técnicos de enfermagem, então na minha opinião a enfermagem precisa avançar, assim como a odontologia (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade- 3).

Apesar do tema do compartilhamento de escopos de prática ser polêmico, os respondentes ressaltaram a importância do trabalho em equipe e multidisciplinar. *"Atendimento multiprofissional, por exemplo, atenção ao pé diabético, não adianta ter só um vascular, e não ter endocrinologista, não ter fisioterapeuta, não ter o fisiatra, não ter o podólogo"* (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

Não se faz Oncologia em alto nível se não for a partir de um trabalho em equipe. Isso é uma das condições para você poder oferecer uma magnitude de benefícios nos avanços de Oncologia para os seus pacientes. E quem compõe a equipe: Oncologista, Cirurgião, Radioncologista, Patologista, Médico Nuclear, Radiologista, Radiologista, Intervencionista, a intensivista, Emergencista. Ou seja, é uma rede extremamente complexa e que tem que trabalhar de forma integrada (Representante da Sociedade Brasileira de Oncologia).

Na Medicina acho que a neurologia é a área que tem mais interface. Em alguns países a relação é muito mais próxima né? Tem profissionais como; neuropsiquiatria, aqui no Brasil já houve mesmo essa formação. Mas hoje na prática psiquiátrica a gente tem visto muita necessidade de conversar com cardiologista, com o endocrinologista pra entender que o psiquiatra não pode ficar só na mente. Você cuida de uma pessoa que tem depressão, ela corre sério risco de problema cardiovascular. É importante que o psiquiatra converse e cuide do paciente como um todo. Transtorno alimentar vai conversar muito com o nutrólogo e aí você tem algumas particularidades, psiquiatra infantil vai conversar muito com pediatra, pra ver a curva do desenvolvimento. Então de um modo geral, ao meu ver, a neurologia é mais próxima, mas tem nuances que se for o caso tem que ser de geriatria e você vai criando várias possibilidades dentro da psiquiatria (Médico Psiquiatra 1).

Equipe de saúde não tem que competir, tem que somar. Hoje em dia o atendimento é multiprofissional, não adianta eu querer fazer tudo, porque não vou conseguir. Eu não vou conseguir resolver o problema do paciente e vou criar um problema pra mim, é preferível dividir, porque tem gente que sabe mais do que eu, em outra área. O médico era o epicentro do cuidado, ele era tudo, hoje não é mais e não deve ser. Pode até ser o líder da equipe, mas ele não pode ser o todo poderoso. Tinha até o nome de prontuário médico, o prontuário é do paciente, faz mais sentido. (Representante COREME - Santa Casa - BH)

4.3. Procedimentos e atividades que poderiam ser realizadas na APS

A pesquisa buscou investigar também procedimentos e atividades que poderiam ser realizados na atenção primária em saúde como possibilidade de aumentar a resolutividade e reduzir filas de espera nas atenções secundárias e terciárias. Os entrevistados citaram diversos exemplos nas suas respectivas especialidades, como rastreio de câncer, controle de casos de hipertensão, anemia, tireoide, diabetes atenção ao pé diabético, tratamento de feridas, pequenas cirurgias, inserção de DIU, reduzir luxação, lavagem de ouvido, renovar medicamentos, atividades pré-operatórias. "Se você tem um paciente com varizes, antes de você encaminhar para o cirurgião, eu acho que você poderia tomar uma série de medidas, que você poderia prepará-lo para o especialista" (Gestor de Serviço - AME - SP).

Então eu acho que o grande papel da atenção básica é no rastreio sem nenhuma dúvida. (...) Às vezes o doente chega pra você só pra você avaliar os sintomas e não consegue tratar o paciente mais, ele perde status de performance muito rápido. Está cada vez mais demorado fazer o diagnóstico e mais lento (Médico Residente - Oncologista).

Dentro da residência em si, a gente tem o ambulatório de hipertensão, que na grande maioria das vezes a gente vê que esse ambulatório são Quadros de hipertensão que seriam controlados facilmente na atenção básica.(...) Porque eu já trabalhei na atenção básica e junto com o agente comunitário, poderia tentar reduzir isso, sendo mais os casos de alta complexidade que deveriam ser encaminhados (Médico Residente - Nefrologia).

(...) doenças de fácil tratamento como a intervenção ao diabetes que poderiam ter sido, ter tido um desfecho bem favorável, elas acabam levando à doença renal crônica e esse paciente já chega no hospital em estado terminal (Representante Sociedade Brasileira Nefrologia)

Atenção ao pé diabético. Diagnóstico precoce de doença venosa e tratamento precoce, isso não envolve só intervenção. Pé diabético é preventivo, se você trabalhar junto com reeducação do paciente tabagista e diabético (...) Tratamentos de feridas, feridas complexas. (...) dá pra resolver problemas de varizes, atenção ao pé diabético, isso tudo dá para interiorizar, mas depende do grau de formação de cada um (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

Claro, acho que sem dúvida. Principalmente procedimentos que demandam menor complexidade institucional. Então doenças benignas, por exemplo, anemia, o indivíduo pode ser tratado na atenção básica, ele não precisa ser encaminhado, necessariamente, para um especialista (Representante da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Celular).

Deveria dar conta de muitas coisas, porque a prevalência de transtorno mental atualmente, principalmente em São Paulo, ela não consegue ser atendida se for designada apenas para o especialista psiquiátrico, ela teria que ser sanada um transtorno depressivo leve, muitas coisas deveriam ser sanadas na atenção primária (Médico Psiquiatra 2).

(...) você tem uma série de situações, uma série de coisas que você poderia fazer na atenção primária, por exemplo, na área de ginecologia, a inserção de DIU, não faz o

menos sentido você não inserir DIU na atenção primária, um método de controle de natalidade importantíssimo que as mulheres da periferia sonham em ter um DIU para não ter que ficar tomando pílula, mas não se faz na atenção primária, então você cria um funil que dificilmente você vai resolver essa questão, mas assim, unhas encravadas e todos os problemas que você tiver na unha você pode resolver na atenção primária. Outra coisa, que ou você aprende na prática ou você vai sempre encaminhar, é a parte de ortopedia, de você reduzir luxação, de saber avaliar se você pode fazer a redução ou não, às vezes você não pode pois pode ter uma fratura ali, enfim, tem algumas coisas ortopédicas que a gente deveria saber mais (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 2).

Os entrevistados alertaram para o alto número de encaminhamentos desnecessários que sobrecarregam outros níveis de atenção.

A gente tem pacientes que são super simples que poderiam ser acompanhados no posto de saúde porque eles precisam pedir o exame uma vez por ano, o sistema sempre devolve pra gente. A gente fica com o ambulatório inchado de casos que não precisam ser tratados no centro terciário (Médico Endocrinologista).

A falta de conhecimento e treinamento foi citado entre os motivos que levam profissionais da atenção primária a encaminharem pacientes. *"Na atenção primária (...) tireóide, diabetes eles teriam e deveriam dar conta, mas não dão muito não (...) Falta de conhecimento de treinamento"* (Médico Endocrinologista). Esta falta de preparo é muito atrelada ao fato do médico da atenção primária, ser em grande maioria recém formado, com pouca experiência e conhecimento técnico necessário sobre processo de trabalho da atenção primária, como pontuam alguns entrevistados.

A insegurança consequente da falta de formação e informação leva a um encaminhamento desnecessário. O médico muitas vezes não se sente capacitado para atender mesmos os casos de baixa complexidade, como foi relatado em algumas entrevistas.

Eu vejo alguns colegas que trabalham na atenção primária e sei que existe uma dificuldade muito grande de manejo e querendo ou não, um paciente com transtorno psiquiátrico, ele tem um corpo inteiro integrado em várias situações. Esse preconceito e desconhecimento, muitas vezes é por não ter acesso mesmo, acaba distanciando e criando um certo desconforto na atenção primária, (...). Acho que o profissional da atenção primária deveria ter muito mais acesso ao que é transtorno psiquiátrico hoje (...) O problema que eu vejo é que, a formação em psiquiatria ainda é muito frágil e a maior parte dos que estão formando hoje, não se sentem capacitados para atender mesmo esses casos de baixa complexidade (...) suicídio é uma coisa muito importante e há um estigma enorme entre os profissionais que tem muito medo de como perguntar de como abordar essa pessoa nessa situação e suicídio é uma coisa que, toda pessoa que está atuando na rede de saúde tem que saber abordar, isso é uma urgência né! (Médico Psiquiatra 2).

Às vezes leva dois anos para um paciente tratar uma tendinite, porque o clínico fala que não é a área dele e de certa razão não é, e isso atrapalha, uma coisa que leva dois anos pra chegar aqui, já chega com evoluções, já tá crônica a coisa (...). o paciente tem artrose, artrose não tem cura, mas tem tratamento, então, mesmo o paciente não tendo uma boa melhora e eu puder dar alta pra ele, ele volta para o posto de saúde para o clínico que não vai passar o remédio porque não é a área dele. Então assim, uma retaguarda para casos crônicos, mas que acompanhasse o caso, talvez não tratando com ortopedista, porque já está tratado o caso, e é só renovar a medicação, co-

mo já aconteceu aqui, paciente volta depois de dois anos porque foi para o posto de saúde que não deu a sequência de tratamento dizendo que é caso de ortopedista e muitas vezes volta para o zero. Ah! (Médico Ortopedista).

[porcentagem de casos referenciados sem necessidade] Mais ou menos chute, não tão chute, mas vamos falar nuns 30%. É tudo muito moroso, é tudo muito dependente de análise de especialista. Eu sou clínico de formação, é raro eu indicar outro profissional, a gente resolve o problema, mas isso é quem trabalha. E muitos dos serviços são trocados mesmo, são colocados médicos muito novos, sem a formação adequada, sem experiência, sem a decisão que é necessária para o médico na ponta. Então, para chamar um neurologista porque está sentindo uma dor de cabeça e mesmo tomando remédio não melhora, mesmo com o paciente sem nenhum sinal clínico, aí tem que aguardar o neurologista, aguardar especialidade para tomar decisões que muitas vezes ele poderia tomar (Gestor de Serviço - Santa Casa - BH).

Neste sentido, iniciativas de matriciamento entre médicos da atenção primária e especialistas, bem como a oferta de treinamento e capacitação para médicos da atenção primária, pode contribuir para a redução do número de encaminhamentos.

Por exemplo, a gente teve uma capacitação aqui de colocar Implanon e Mirena, que são 2 métodos anticonceptivos de longa duração, eu coloco pelo menos um implante por semana, considerando os critérios específicos, como eu trabalho em uma alta vulnerabilidade, um dos critérios é alta vulnerabilidade, então o número de pessoas que eu deixei de encaminhar para o gineco/obstetra para colocar um implante, que é uma técnica ridícula, é mais fácil você colocar um implante do que você fazer uma punção venosa, é muito bom e ajuda bastante. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 1)

Inclusive foi a minha proposta de trabalho, da gente trabalhar em todos os sentidos com matriciamento pra você qualificar os médicos da atenção primária, pra você fazer essa conexão mais fácil, colocar os dois, especialista e generalista mais em contato, inclusive para melhorar esse atendimento geral dos pacientes e diminuir encaminhamentos mesmo, as filas (...) eu acho que ele (o médico) tem uma atenção muito fracionada e é o olho do generalista, o olho do urologista, o olho do neurologista e não tem aquela proposta de uma gestão do cuidado na atenção primária com esses especialistas aqui dando apoio. E aí tem generalista que conhece bem da neuro, mas não consegue bem da cardio, então ele precisa de um apoio maior da cardio. (...) É claro que isso depende muito, sobretudo do especialista que tem um perfil matriciador e do desejo do generalista também, porque se ele acha que ele não tem essa dificuldade, também fica difícil. O que a gente tem tentado fazer é mostrar isso em números (Gestor municipal 1 - BH)

A falta de infra-estrutura e materiais também foi apontada como motivo para não realização de atividade na atenção primária, principalmente entre os entrevistados da MFC.

Eu acho que existe uma série de pequenas cirurgias que pode ser feitas no âmbito da atenção primária e só não são feitas porque você não tem material adequado ou não tem para quem encaminhar, por exemplo, a retirada de uma pinta pequena, obviamente não estamos falando de um melanoma grande, você poderia retirar com margem suficiente e mandar o material para a biopsia, você não faz porque você não consegue fazer isso, drenagem de abscesso (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 2).

Foi relatado que existe uma tendência de se culpar sempre o profissional da atenção primária para situações de encaminhamentos desnecessários e baixa resolutividade.

Está muito relacionado com os profissionais. Eu ouço muitas reclamações daquele profissional da atenção secundária que não dá contrarreferência ou que questiona demais tudo que vem da primária e vice-versa, aquele da primária que acaba mandando demais mesmo, por ser pouco qualificado (Gestor Municipal 1 - BH).

Porém há questões que fogem do controle do médico, como o fato do paciente muitas vezes ir direto para o pronto atendimento, seja por alegar falta de profissional, seja por falta de gerenciamento da UBS

Ele vem ao pronto socorro exclusivamente por sua comodidade. Esse discurso, Ah, a UBS não tem médico.. não tem médico a hora que ele quer. A gente sabe quem tem convênio, você não vai no médico a hora que você quer. Você liga para o consultório e ele fala o senhor tem hora, e ele responde atendo agora. Isso não acontece. Agora ela vai para a porta do pronto socorro. Ele tem uma patologia de urgência? Não tem. (Gestor de serviço - AME - SP)

Há pacientes que não precisam estar em determinado local, poderia estar resolvendo numa Unidade Básica e vai para um centro secundário ou terciário. Então eu acho que é gerenciamento a questão das UBSs funcionar melhor, os pacientes reclamam muito que não tem um médico não tem um clínico e eles querem resolver os problemas aqui e aqui é um serviço secundário que a gente tenta fazer um diagnóstico, os casos graves enviados para o terciário e os casos não graves voltar para Unidade Básica (Médico Gastroenterologista).

Há casos ainda de insistência, pressão e até mesmo ameaça do paciente em ser encaminhado para um especialista.

Não é porque o encaminhamento vinha porque o profissional da atenção básica fez absolutamente tudo e não conseguiu. Então a gente pegava paciente que efetivamente a gente percebia que ele estava sub medicado, porque o próprio paciente acabava forçando para que ele fizesse o encaminhamento. Ele não consegue finalizar um medicamento, ele passava para o segundo, para o terceiro, os exames não eram alterados, suficientemente alterados (Gestor de serviço - AME - SP).

Eu, graças a Deus, tive poucos problemas, quase nenhuma, mas o único que eu tive de ameaça foi um paciente que um dia entrou e tirou uma arma e colocou assim: "Eu quero um ortopedista, você não vai me encaminhar?". Como você não encaminha né? E são coisas que às vezes o especialista não para pra pensar mesmo, nessas dificuldades que a ponta tem" (Médico da Família e Comunidade) .

Situações como esta são decorrentes de um modelo de atenção "americanizado de procura direto ao especialista, de pular etapas, que consome recursos, distorce o cuidado, fragmenta o cuidado" (Gestor - Hospital Felício Rocho, BH).

Limitações de ordem regulatória, como por exemplo impedimento da solicitação de exames de alto custo por parte dos médicos da atenção primária, também foi relatado por representante da SBMFC enquanto um dos motivos para uma baixa resolutividade deste nível de atenção e sobrecarga de especialistas em outros níveis.

Um dos grandes fatores limitadores é o processo regulatório de Secretarias de Saúde, acho que isso é bastante limitante, por exemplo aqui em Ribeirão Preto, o médico de família não pode pedir o ecocardiograma, a gente tem uma demanda reprimida de ecocardiograma no município, isso é uma questão municipal, tem poucos médicos cardiologistas que fazem eco, e então para corrigir essa demanda reprimida eles deixaram

só para o especialista focal fazer eco, no meu ponto de vista isso sobrecarrega o cardiologista, você resolve um problema e aumenta outro. Espirometria a gente também não pode pedir aqui, tomografia a gente também não pode pedir aqui, eu acho que dependendo da organização do serviço você limita a resolutividade do médico de família e comunidade (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 1)

Houve também aqueles respondentes que relataram que para melhorar a resolutividade é necessário inserir o médico especialista na atenção primária e não ampliar o escopo de prática do médico que já atua neste âmbito (ex. generalista, MFC ou clínico), assumindo que este não ter a formação e competência adequada para assumir funções mais especializadas e também como forma de manter o domínio sobre a prática.

A ideia é inserir a oftalmologia na atenção básica Não, colocar oftalmologia na atenção básica. Até porque nós acreditamos que é uma maneira de ocupar esse espaço, definitivamente em relação a optometria. (...) nós acreditamos que o desenvolvimento da inserção da oftalmologia na atenção básica seja mais adequado, né? E aí é questão de corporativismo, essas coisas geram muita discussão. Já se discutiu nesse projeto, de você fazer aí, de repente o indivíduo da medicina de saúde, alguma coisa nesse sentido, qualificar para fazer esse tipo de coisa, mas a gente sabe que isso nesse país vira uma festa. Ele vai ficar com uma formação inadequada, pedaço dela né? E depois se você que é médico, ninguém vai impedir você de exercer profissão, a gente não consegue impedir o optometrista, baseada em duas leis constitucionais! Imagina um médico? (Representante Sociedade Brasileira de Oftalmologia)

Porque numa unidade básica de saúde não tem [ortopedista]. E deveria ter. E não ter isso numa unidade básica, é complicado. O clínico faz a ponte, mas a ponte leva um ano pra chegar. A especialidade tem que estar inserida na APS (...) É ter essa linha de frente pra não sobrecarregar a ponta e o paciente, como, às vezes leva dois anos para um paciente tratar uma tendinite, porque o clínico fala que não é a área dele e de certa razão não é, e isso atrapalha, uma coisa que leva dois anos pra chegar aqui, já chega com evoluções, já tá crônica a coisa. (Médico Ortopedista).

Dentro da gastroenterologia eu acho que não, dentro da cardiologia eu também acho que não. Muitos exames que nós fazemos hoje tem uma interpretação clínica, não é simplesmente pegar um aparelho e fazer o exame e emitir um laudo, o paciente tem a necessidade de uma interpretação clínica que deve ser feita baseada em um conhecimento específico, tanto que quem faz eco cardiograma é o cardiologista, por exemplo, não é qualquer médico que consegue avaliar bem a função cardíaca durante um exame de eco cardiograma, então eu acho que o médico de família não teria a capacidade de fazer bem muitos dos exames que temos hoje em dia, é impossível, a medicina chegou em um ponto que é difícil que o médico de família consiga abarcar todas as especialidades tão a fundo a ponto de realizar todos os exames que nós mandamos para as redes especializadas (Representante Curso Especialização - BH).

Além da ampliação do escopo de prática de médicos da atenção primária em geral, foi enfatizado por representante da SBMFC, que para uma maior resolutividade o médico rural necessita de um leque de habilidades e competências ampliado em relação aos seus pares que atuam em áreas urbanas.

No caso da medicina de família de medicina rural, é uma prática que tem uma série de especificidades que vão desde você ter a necessidade de uma maior resolutividade clí-

nica, porque as localidades rurais e remotas não contam com uma série de elementos, acaba que o médico rural faz mais partos do que o médico urbano, faz mais procedimentos do que o médico urbano, ele assume uma série de competências, em termos de conhecimento, em termos de habilidades do que um médico urbano, que em geral encaminha para o especialista, mas o médico rural tem que assumir porque senão ele não consegue ser resolutivo. Outro elemento é a própria casuística das práticas do médico rural, que vai atender uma série de coisas que você não vai ver no meio urbano que vai desde quais doenças infectocontagiosas estão presentes no meio rural X urbano, passando por exemplo por questões do tipo, falando de Minas, berne, carrapatos, doenças relacionadas ao carrapato, coisas que a gente vê menos no meio urbano, passando por acidentes que são totalmente diferentes como coice, chifradas, físgadas de anzol, animais peçonhentos é uma coisa diferente também, e por aí vai (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 2).

4.4 Mudanças na prática médica em decorrência da introdução de novas tecnologias e envelhecimento da população

Foram investigadas também as mudanças na prática médica em decorrência da introdução de novas tecnologias. Foi exemplificado por alguns entrevistados situações que afetam diretamente a prática do especialista, como mudanças cirúrgicas, introdução de novos materiais, introdução de novos softwares de sistemas de análise de dados, e tecnologias que permitem o envio e recebimento de dados para ajustes de medicação. "A prática é alterada conforme as evoluções técnicas" (Representante da Sociedade Brasileira de Hemoterapia)

Por exemplo, a cirurgia cardíaca, houve um tempo em que o Cirurgião Cardíaco era uma especialidade muito importante, de repente aparece a cirurgia endoscópica, cirurgia que se faz colocando Stent, então eu não preciso fazer aquela cirurgia aberta, então aquele cirurgião sofre modificação. Existe uma doença chamada aneurisma de aorta, um aneurisma grave que obrigatoriamente eram cirurgias abertas, hoje se a gente faz diagnóstico numa fase muito adequada, é possível fazer endoscopicamente, colocar o Stent com muito mais recuperação e muito mais sucesso no resultado. Então eu percebo que aquele cirurgião geral, ele está mudando para fazer cirurgias robóticas (Representante do COREME - UNIFESP - SP).

Cirurgias também e principalmente materiais, que são as próteses, muda a prática, um caso clássico é a introdução da artroscopia, antes você fazia cirurgia aberta para operar, joelho ombro, antes você tinha que fazer uma incisão grande e agora você faz três furinhos com uma câmara de vídeo lá dentro. O cirurgião que fazia uma cirurgia aberta, agora tem que treinar pra mexer num aparelho, mas aí é adaptação. Esse tipo de cirurgia reduz o tempo de recuperação do paciente, favorecendo não só ao profissional como a recuperação do paciente (Médico Ortopedista).

Justamente com corporação de software e sistema que, te permita fazer análise rápida de inúmeras variáveis de vários cenários sintetizar e resumir esses dados para que você consiga fazer suas condutas e enfim, fazer suas recomendações (Representante da Sociedade Brasileira de Oncologia)

Mas pensando assim, nos nossos pacientes com diabetes, que muita das vezes hoje a tecnologia nos permite que enviemos e recebamos dados de monitoração de glicemia e ajustes de medicação (Representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia).

Segundo um dos entrevistados, o médico hoje em dia se tornou "refém da tecnologia (...)" hoje não tem a preocupação de enfiar a mão no abdômen, de procurar, por que? Vai pedir um ultrassom. A formação está errada lá na base. (...). A tecnologia avança, a indústria avança e o conhecimento vai atrofiando". (Representante do COREME - Santa Casa BH).

Em relação a especialidades como a radiologia o avanço das tecnologias como a inteligência artificial, foi relatado que este avanço afeta não apenas a prática, mas o mercado de trabalho, revelando que em relação ao diagnóstico por imagens, *"parte desse trabalho pode ser substituído pelo trabalho da máquina, ainda que supervisionado por trabalho humano, mas nesse caso você precisaria de menos profissionais (...) que vão avaliar pré diagnósticos construídos com base em inteligência artificial, isso já acontece"*. (Pesquisador 2)

Ao serem questionados sobre como a telemedicina afeta a prática do profissional, além das questões levantadas no tópico anterior, como prestar consultoria, discutir casos, contribuir para a formação e para uma maior resolutividade, sua introdução e ampliação veio a facilitar o controle de pacientes com doenças crônicas, renovação e envio de receitas médicas e a avaliação de determinados exames, como por exemplo fundo de olho e exames de imagem.

Agora você colocar um médico de família, com algum treinamento para identificar os problemas e você tirar dúvida com especialista a distância, acho que aí a telemedicina tem seu espaço. Agora você dar o diagnóstico e passar um tratamento para um paciente sem botar a mão nele, sem poder vê-lo (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular)

(...) eu acho que agora você precisa ajustar quais são os limites da telemedicina, para que não se torne uma maneira de você retirar dinheiro do paciente simplesmente (...) Eu vou dizer assim, a telemedicina poderia ajudar nesses municípios afastados, talvez para o médico de lá, tendo contato como médico daqui discutir casos e discutir condutas, então talvez para ajudar na formação daquele médico de família, daquele médico generalista que está na ponta, não para fazer essa consulta a distância. Pelo menos, vamos lá, a primeira consulta de um paciente ou a segunda, ela tem que ser presencial, não tem como você tratar um paciente sem examiná-lo. (...) (Representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia)

Fundoscopia, que é para ver o fundo do olho, lá eles tem um técnico de optometria, se eu não me engano, que é um técnico para operar uma máquina para ver Fundoscopia e um médico que fica em uma central na capital, então no interior eles conseguem fazer Fundoscopia de várias pessoas mesmo com o médico na capital, tem um professor aqui em Ribeirão que faz isso com o pessoal lá do Norte, ele tem uma técnica lá no Norte com um projeto de pesquisa dele, e ele fica vendo fundo de olho de paciente com diabetes do Norte daqui de Ribeirão. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 1)

Segundo um gestor municipal entrevistado, a telemedicina tem contribuído ainda na redução de encaminhados da atenção primária para outros níveis de atenção, principalmente para especialidades que estão escassas.

Então o médico da atenção primária, na hora que ele vai encaminhar ele tem acesso à um 0800 em que ele discute o caso com o especialista, antes de encaminhar. Então ele pode discutir um caso e aí se aquele caso que ele está discutindo, for um caso para especialista ele pode fazer a marcação direto por telefone, mas ele já pode até trocar ali uma proposta de propedêutica e tal, isso tem dado muito resultado. A reumato, por exemplo, que a gente começou o projeto com ela exatamente porque a gente tem dificuldade profissional na rede, ainda que às vezes eu tenha a vaga e eu não consigo colocar, aí facilitou muito. A gente tinha uma fila de espera, no início do ano passado de 25 meses pra reumato, hoje nossa fila de espera está de 4 meses, um ano e meio, ela diminuiu 21 meses e alguns distritos, que começaram o projeto antes, já marcam online, então se vou lá num médico generalista e preciso da reumato já sai com a consulta marcada (Gestor Municipal 1 - BH).

Foi indagado aos entrevistados ainda como o envelhecimento da população afeta a prática profissional. A maioria dos entrevistados confirmou que há uma mudança significativa na prática, como, por exemplo, aumento da complexidade de procedimentos cirúrgicos e consequentemente o aumento da complexidade do caso em questão, relatado por médico anestesiologista; a ampliação do cuidado no pedido de exames e na escolha de medicamentos, necessitando por vezes uma capacitação direcionada, como foi relatado por entrevistados médicos gastroenterologista e psiquiatra; a mudança no manejo da quimioterapia, na forma de lidar com o paciente e com a família do paciente, bem como o cuidado ampliado com efeitos colaterais, relatado por representante da Sociedade Brasileira de Oncologia.

4.5. Impacto da pandemia do COVID-19 na prática médica

Sobre o impacto da pandemia do COVID-19 na prática médica questionada a atores entrevistados após o início da pandemia, representante da SBMFC alerta que a atenção primária por ser a entrada do usuário na rede de atenção à saúde irá acarretar na absorção de uma demanda grande de questões relacionadas à saúde mental, bem como a retomada de atendimento de pacientes crônicos, possivelmente descontrolados por estarem em isolamento social e sem uma assistência adequada.

Todas essas questões de saúde mental vão bater na atenção primária, e virão de todas as formas, na forma de somatização, na forma de um luto mal elaborado, na forma da ansiedade da perda do emprego, da preocupação com o futuro, e por aí vai, nós saremos o para raio também dos nossos pacientes que sumiram com hipertensão, que voltarão descontrolados, vão voltar com doenças microvasculares, com perda de visão porque o diabetes descontrolou dentro de casa, isso vai gerar uma carga enorme de trabalho para cima da gente agora (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 2).

Além disso, a APS teve que se reinventar devido ao fechamento das unidades básicas de saúde, sendo a telemedicina a principal ferramenta neste processo:

criou-se um exército em casa fazendo o tele atendimento, então as pessoas entravam em contato com os pacientes por telefone, por WhatsApp, tinha uma plataforma de

fazer consulta por teleconferência, se utilizou muito WhatsApp, os residentes fizeram isso, os agentes comunitários de saúde, aqui em Campinas eles receberam um tablete E eles fizeram todos os contatos com os pacientes através do tablete, isso é dar acesso a população, e isso acelerou sim com a pandemia porque não tinha jeito, não fosse feito desta maneira teria muito mais gente descompensada em relação as suas patologias crônicas agora do que a gente já tem, a gente teve que lançar, por exemplo o pré-natal, quantas gestantes foram avaliadas a distância, algumas para poder agendar o momento exato, o espaço exato, tiveram muitos contatos leve-os para poder ir às unidades com mais segurança. A gente já estava em um caminho, digamos uns cinco anos mais ou menos, dessa saúde 4.0, com a chegada do COVID isso deu um salto, e a medicina de família tem que acompanhar com certeza (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade - 3).

5. Considerações Finais

O objetivo do presente relatório foi de i. promover revisões internacionais relativas a: aspectos regulatórios da formação de especialidades médicas, considerando a composição do exercício das especialidades e o desenvolvimento de modelos de expansão de competências comuns, que favorecem iniciativas de compartilhamento de escopos de prática entre médicos especialistas; e principais estratégias de compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde; ii. apresentar a composição do exercício das especialidades médicas no Brasil a partir da distribuição da carga horária de trabalho semanal; e iii. relatar a opinião de experiência de gestores, médicos especialistas e membros de sociedade de especialistas acerca do compartilhamento de escopos de práticas entre e intra-profissões.

A partir da revisão dos modelos de formação e exercício de especialidade médicas, foi possível observar uma tendência nos três países estudados (EUA, Canadá e Holanda) de priorizar a formação baseada em competência. Nos três países do sistema de especialização médica passou por reformas em direção a uma lógica centrada no desenvolvimento de competências que visam um maior compartilhamento de escopos de prática entre as especialidades. Este modelo tem se tornado dominante em vários países, inclusive recentemente no Brasil, e preza por determinar a formação médica segundo as necessidades da população. Há indícios de uma modificação de paradigma na formação do médico especialista que pretende produzir novos médicos que agregam em si um mix de especialidades, focados em um cuidado mais generalista. Nas entrevistas em profundidade a falta de treinamento e conhecimento foi apontada entre os entrevistados como uma limitação para uma prática compartilhada entre as especialidades médicas, o que pode ser atenuado a partir da adoção de matrizes de competências e uma formação mais generalista.

Os resultados da análise da composição do exercício das especialidades médicas, de certa forma refletem que médicos, principalmente que atuam em especialidades do complexo de prevenção e controle do câncer e especialidades cirúrgicas atuam em diversas áreas, indicando a realização de procedimentos de diferentes especialidades e, portanto, um compartilhamento de escopos de prática. No entanto, é importante frisar que tratam de sinais levantados a partir de dados secundários, que devem ser mais a fundo investigados. A partir das entrevistas em profundidade, por exemplo, foi possível constatar que os profissionais médicos entrevistados ao serem indagados sobre o compartilhamento de escopo de prática entre especialidades médicas demonstram certa resistência, com discursos que revelam que há disputas em torno de escopos exclusivos e reservas de mercado. As justificativas para uma posição contrária ao compartilhamento de escopos, geralmente se dão no âmbito da falta de conhecimento e treinamento que especialistas de diferentes áreas têm para as-

sumir determinantes funções e também a tendência de especialização médica. No entanto, foi possível identificar também em algumas entrevistas que determinadas especialidades médicas são reconhecidas por possuírem uma maior flexibilidade de escopos de prática, por exigirem um conhecimento mais geral e integral como, por exemplo, a cardiologia, e geriatria, cirurgia vascular, medicina da família e comunidade e a oncologia, também identificada na análise de dados secundários.

A ideia de uma prática compartilhada deve ser estimulada não apenas entre as especialidades médicas, como também entre médicos e outros profissionais de saúde. Neste sentido, as iniciativas nos EUA, Canadá e Holanda apresentadas nesta revisão, que incluíram a introdução de novas profissões (NPs e PAs), *task shifting e skill mix*, refletem este compartilhamento. Os benefícios apresentados incluem, de uma maneira em geral, a satisfação do paciente, redução de internação hospitalar, redução da mortalidade, redução de filas de espera para atendimento especializado e redução de custos associados à saúde. Além disso, tratam-se de estratégias que vêm sendo ampliadas e adotadas em diversos locais durante a pandemia do COVID-19, contribuindo para a expansão da capacidade da força de trabalho em saúde durante esta crise sanitária.

A partir das entrevistas em profundidade foi possível identificar uma visão ainda mais conservadora em se tratando do compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde, principalmente entre representantes de sociedades médicas e os médicos especialistas. Os discursos remetem a uma demarcação de território, a defesa da Lei do Ato Médico e a falta de competência e conhecimento de outros profissionais. Já os gestores (de serviços, municipais e estaduais) e médicos das especialidades MFC, geriatria e psiquiatria entrevistados, revelam serem mais abertos a este compartilhamento.

Ainda considerando as entrevistas em profundidade, as análises demonstram que há diversos procedimentos que poderiam ser realizados nas APS de forma a afogar as filhas das atenções secundárias e terciárias. Os entrevistados alertaram para o alto número de encaminhamentos desnecessários. Insegurança, falta de conhecimento/treinamento, falta de materiais e de infraestrutura adequada e o fato de o usuário exigir o encaminhamento para outros níveis de atenção, foram citados entre os motivos para não realização de diferentes atividades e procedimentos na APS.

Por fim, para se fazer um mapeamento da demanda do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à necessidade e distribuição de médicos generalistas e especialistas no país, de forma a preencher as principais lacunas e vazios assistenciais e adequar as demandas de saúde da população às práticas, é essencial um olhar sobre o escopo de prática os profissionais, bem como o incentivo ao compartilhamento de escopos prática entre e intra-profissão. É necessário assim, migrar de um modelo de regulação de escopos de prática caracterizado por atos privativos e exclusivos para um que

seja mais flexível e caracterizado por atos compartilhados. Enfim, um modelo que priorize atender as demandas e necessidades das populações e não as demandas e prioridades das corporações médicas.

Referências

ABBOTT, A. The system of professions. An essay on the Division of Expert Labor. Chicago/London: The University of Chicago Press, 1988.

ALBANESE, M. A., MEJICANO, G., MULLAN, P., KOKOTAILO, P. AND GRUPPEN, L. (2008), Defining characteristics of educational competencies. *Medical Education*, 42: 248-255.

AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONER (AANP). Nurse Practitioner (NP) Certification Recognize Your Education, Skills and Professional Expertise. On-Line. Disponível em: <https://www.aanp.org/student-resources/np-certification>

AMERICAN ACADEMY OF PHYSICIAN ASSISTANTS (AAPA). On-line. Disponível em: https://www.aapa.org/what-is-a-pa/#accordion__panel--2--what-is-a-pa

BAYNE E, NORRIS C, TIMMONS E. A primer on emergency occupational licensing reforms for combating COVID-19 [internet]. Policy Brief. Mercatus Center, mar. 2020 [acesso em: 15 jul. 2020]. Disponível em: https://www.mercatus.org/system/files/timmons_bayne_and_norris_-_policy_brief_-_covid_series_-_a_primer_on_emergency_occupational_licensing_reforms_for_combating_covid-19_-_v1.pdf

BERGER, E., CHAN, M. K., KUPER, A., ALBERT, M., JENKINS, D., HARRISON, M., & HARRIS, I. (2012). The CanMEDS role of Collaborator: How is it taught and assessed according to faculty and residents? *Paediatrics & child health*, 17(10), 557–560. doi:10.1093/pch/17.10.557

BOURGEAULT IL, MAIER CB, DIELEMAN M. et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health*. 2020;18(83).

BOWEN S, BOTTING I, HUEBNER LA, et al. Potential of physician assistants to support primary care: Evaluating their introduction at 6 primary care and family medicine sites [Contribution potentielle des assistants médicaux aux soins de première ligne]. *Can Fam Physician*. 2016;62(5):e268-e277.

CANADIAN ASSOCIATION OF PHYSICIAN ASSISTANTS (CAPAa). PA Facts. On-Line. Disponível em: <https://capa-acam.ca/about-pas/pa-fact-sheet/>

CANADIAN ASSOCIATION OF PHYSICIAN ASSISTANTS (CAPAb). History. On-Line. Disponível em: <https://capa-acam.ca/about-pas/history/>.

CANADIAN ASSOCIATION OF PHYSICIAN ASSISTANTS (CAPA). Scope of Practice and National Competency Profile. Canadian Association of Physician Assistants: Scope of Practice and National Competency Profile. 2009 Disponível em: https://capa-acam.ca/wp-content/uploads/2012/12/NCP_en_sept20092.pdf

CANADIAN NURSE ASSOCIATION (CNA). Nurse Practitioners. On-Line. Disponível em: <https://cna-aic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>

CAWLEY, J.F.; CAWTHON, E.; HOOKER, R.S. (2012). Origins of the physician movement in the United States. *JAAPA*, 25(12), 36-40, 42.

CAWLEY, JAMES F. MPH, PA-C; LANE, STEVEN MA, MPP; SMITH, NOEL MA; BUSH, ELIZABETH MBA Physician assistants in rural communities, *Journal of the American Academy of Physician Assistants*: January 2016 - Volume 29 - Issue 1 - p 42-45 doi: 10.1097/01.JAA.0000475463.23218.c9

CHEN C, PITTMAN P, WESTERGAARD S, SALZBURG E, ERIKSON C. Emerging Health Workforce Strategies To Address COVID-19. *Health Affairs Blog*, April 20, 2020. DOI: 10.1377/hblog20200414.197056 COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. Registration Requirements. On-Line. Disponível em: <https://www.cno.org/en/become-a-nurse/new-applicants1/nurse-practitioner/registration-requirements-for-nps/>

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF SASKATCHEWAN. Application to provide services OUTSIDE of your current scope of practice to patients during the COVID-19 Pandemic in a COMMUNITY-BASED setting. Pandemic planning Scope of practice expansion: Werner Oberholzer April 22 2020. <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/PANDEMIC/COVID-19/COVID19%20Emergency%20Scope%20of%20Practice%20Expansion%20Letter%20and%20Application%20Form.pdf>

COOPER MA, MCDOWELL J, RAESIDE, L. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing* Vol. 28, No. 20. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1308>

CUMMINGS, M. Meeting ACGME Standards Under a Unified Accreditation System: Challenges for Osteopathic Graduate Medical Education Programs. *Academic Medicine*, Vol. 92, No. 7 / July 2017

DIJKSTRA, I. S., POLS, J., REMMELTS, P., RIETZSCHEL, E. F., COHEN-SCHOTANUS, J., & BRAND, P. L. (2015). How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. *Perspectives on medical education*, 4(6), 300–307. doi:10.1007/s40037-015-0219-3.

DOWER C, MOORE J, LANGELIER M. Is time to restructure health professions scope- of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(11):1971-1976

DRIESSCHEN, QUINTEN VAN DEN MPA; ROO, FRANK DE MPA Physician assistants in the Netherlands, *Journal of the American Academy of Physician Assistants*: September 2014 - Volume 27 - Issue 9 - p 10-11 doi: 10.1097/01.JAA.0000453240.00098.83

ELLAWAY, R. CanMEDS is a theory. *Adv in Health Sci Educ* (2016) 21:915–917

FULTON, B.D., SCHEFFLER, R.M., SPARKES, S.P. et al. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health* 9, 1 (2011). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-1>

GIRARDI, S. N. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002.

GIRARDI, S. N. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina. *Organização Pan-Americana de Saúde*, 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF47.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

GRAY, JEAN D.; RUEDY, JOHN. Undergraduate and postgraduate medical education in Canada. *CMAJ* • APR. 21, 1998; 158 (8)

HEENEMAN, S., & DRIESSEN, E. W. (2017). The use of a portfolio in postgraduate medical education - reflect, assess and account, one for each or all in one?. *GMS journal for medical education*, 34(5), Doc57. doi:10.3205/zma001134

HOOKE RS, EVERETT CM. The contributions of physician assistants in primary care systems. *Health Soc Care Community*. 2012 Jan;20(1):20-31. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01021.x. Epub 2011 Aug 18. PMID: 21851446; PMCID: PMC3903046.

JONKER, G., HOFF, R. G., MAX, S., KALKMAN, C. J., TEN CATE, O. (2017). Connecting undergraduate and postgraduate medical education through an elective EPA-based transitional year in acute care: an early project report. *GMS journal for medical education*, 34(5), Doc64. doi:10.3205/zma001141.

JOSIAH MACY JR FOUNDATION, 2017. ANNUAL REPORT.

JOSIAH MACY JR FOUNDATION, 2011. Team-Based Competencies: Building a Shared Foundation for Education and Clinical Practice

KADMON, M., TEN CATE, O., HARENDZA, S., BERBERAT, P. (2017). Postgraduate Medical Education - an increasingly important focus of study and innovation. *GMS journal for medical education*, 34(5), Doc70. doi:10.3205/zma001147

KILTY, C., WIESE, A., BERGIN, C., FLOOD, P., FU, N., HORGAN, M., ... BENNETT, D. (2017). A national stakeholder consensus study of challenges and priorities for clinical learning environments in postgraduate medical education. *BMC medical education*, 17(1), 226. doi:10.1186/s12909-017-1065-2

LOVINK MH, VAN VUGHT AJAH, PERSON A, KOOPMANS RTCM, LAURANT MGH, SCHOONHOVEN L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2019;21(3):282-290. doi:10.1111/nhs.12601

MAIER CB, KÖPPEN J, BUSSE R; MUNROS team. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Hum Resour Health*. 2018 May 25;16(1):24. doi: 10.1186/s12960-018-0285-9. PMID: 29801452; PMCID: PMC5970499.

MACDONALD, C. J., MCKEEN, M., WOOLTORTON, E., BOUCHER, F., LEMELIN, J., LEITH-GUDBRANSON, D., ... PULLEN, J. (2012). Striving for excellence: developing a framework for the Triple C curriculum in family medicine education. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(10), e555–e562.

NASCA, T. J.; CARLSON, D. Graduate Medical Education Specialty Mix and Geographic Residency Program Maldistribution: Is There a Role for the ACGME? *American Medical Association Journal of Ethics*. March 2016, Volume 18, Number 3: 258-263

NEDERLANSE ASSOCIATIE PHYSICIAN ASSISTANT (NAPA). On-Line. Disponível em: <https://www.napa.nl/physician-assistant/wat-is-een-physician-assistant/>

Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caulfield T, Hudon, G, Kendel D, et al. Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System. Canadian Academy of Health Sciences. 2014.

NORMAN G. (2012). Medical education: past, present and future. *Perspectives on medical education*, 1(1), 6–14. doi:10.1007/s40037-012-0002-7

NURSING LICENSE MAP. How to Become a Nurse Practitioner. On-Line. Disponível em: <https://nursinglicensemap.com/advanced-practice-nursing/nurse-practitioner/>
NURSE PRACTITIONERS ASSOCIATION OF ALBERTA (NPAA). History of Nurse Practitioners in Canada. On-Line. Disponível em: <https://albertanps.com/history-of-nurse-practitioners-in-canada/>

ORGANEK A. J., TANNENBAUM D., KERR J., KONKIN J., PARSONS E, SAUCIER D, SHAW E, WALSH A. Redesigning family medicine residency in Canada: the triple C curriculum. *Fam Med*. 2012 Feb;44(2):90-7.

POULTON, A., ROSE, H. (2015). The importance of health advocacy in Canadian postgraduate medical education: current attitudes and issues. *Canadian medical education journal*, 6(2), e54–e60.

PUDDESTER, D., MACDONALD, C. J., CLEMENTS, D., GAFFNEY, J., WIESENFELD, L. (2015). Designing faculty development to support the evaluation of resident competency in the intrinsic CanMEDS roles: practical outcomes of an assessment of program director needs. *BMC medical education*, 15, 100. doi:10.1186/s12909-015-0375-5.

SWAN M, FERGUSON S, CHANG A, LARSON E, SMALDONE. A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 27, Issue 5, October 2015, Pages 396–404, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv05>

SWING, S. R. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*, [s. l.], v. 29, n. 7, p. 648–654, 2007.

TEN CATE O. (2017). Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future. *GMS journal for medical education*, 34(5), Doc69. doi:10.3205/zma001146

THISTLETHWAITE, JILL E., FORMAN, D., MATTHEWS, L. R., ROGERS, GARY D., STEKETEE, C., YASSINE, T. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Academic Medicine*. 89(6):869-875, June 2014.

TOSO, B. R. G. O; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 69, n. 1, p. 169-177, 2016.

VAN DER LEE, N., FOKKEMA, J. P. I., WESTERMAN, M., DRIESSEN, E. W., VAN DER VLEUTEN, C. P. M. , SCHERPBIER, A J. J. A. & SCHEELE, F. (2013) The CanMEDS framework: Relevant but not quite the whole story, *Medical Teacher*, 35:11, 949-955.

VAN DER VLEUTEN, C. P.M.; SCHUWIRTH, L. W.T.; DRIESSEN, E. W.; SCHEELE, F.; HODGES, B. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. Volume 24, Issue 6, December 2010, Pages 703-719.

VAN ROSSUM, T. R., SCHEELE, F., SCHERPBIER, A. J., SLUITER, H. E., HEYLIGERS, I. C. (2016). Dealing with the complex dynamics of teaching hospitals. *BMC medical education*, 16, 104. doi:10.1186/s12909-016-0623-3

VAUGHAN, S. Final report - Current state and future directions of speciality training and practice internationally. 2018.

VERPLEEGKUNDIGEN & VERZORGENDEN NEDERLAND (V&VN). The profession of the Certified Nurse Specialist: the Nurse Practitioner in the Netherlands. 2017. Disponível em: <https://venvn.nu/media/zvofiik/additional-information-about-the-certified-nurse-specialist.pdf>

VERPLEEGKUNDIGEN & VERZORGENDEN NEDERLAND VERPLEEGKUNDIGEN SPECIALIST (V&VNVS). On-Line. Disponível em: <https://venvnvs.nl/venvnvs/>

VERPLEEGKUNDIGEN & VERZORGENDEN NEDERLAND (V&VN). The Nurse Practitioner in the Netherlands. On-Line. Disponível em: <https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/registratie/buitenslands-gediplomeerden/>

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, PEPFAR & UNAIDS. (2007). Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines. Geneva : World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>

WOO BFY, LEE JXY, TAM WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. Hum Resour Health. 2017;15(1):63. Published 2017 Sep 11. doi:10.1186/s12960-017-0237-9