

Jean Moore¹

REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS*

¹*New York Center for Health Workforce Studies*. Nova York, Estados Unidos.

Correspondência: jmoore@albany.edu

Recebido em: 01/09/2016. Aprovado: 05/10/2017.

*Artigo original desenvolvido no âmbito da pesquisa "Regulação das profissões de saúde no Brasil: mapeamento jurídico e institucional, identificação dos pontos de articulação e desarticulação e formulação de propostas para a harmonização regulatória", realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) em 2016.

RESUMO

A regulação das profissões da área de saúde nos Estados Unidos é uma responsabilidade primária dos estados. A estrutura e o conteúdo das regulações específicas de cada estado impactam a prestação de serviços de saúde, afetando os custos, a qualidade e o acesso. Existe a preocupação de que as atuais estruturas regulatórias estaduais e específicas para cada profissão não poderão servir de base para as inovações na mão de obra necessárias à reforma do sistema de saúde. Este artigo revisa tanto os aspectos da regulação em nível estadual de profissões da área de saúde que limitam o uso efetivo dos profissionais de saúde como uma de suas principais vantagens: sua capacidade de providenciar soluções locais para enfrentar problemas de acesso. Descrevem-se elementos geradores de mudanças na demanda por serviços de saúde e prestadores de saúde. Por último, recomendam-se estratégias para melhorar as decisões em relação às práticas, incluindo: padronização de escopos da prática entre diferentes estados; atualização permanente de leis de prática profissional específicas em cada estado, de acordo com a evolução das competências profissionais; uso das melhores evidências para autorizar novas especialidades profissionais ou expandir o escopo das práticas já existentes e, quando não houver tais evidências, promover programas para testar novas modalidades de trabalho. Levando em conta o ritmo das transformações do sistema de saúde nos Estados Unidos, existe uma urgência crescente por reformas que assegurem uma força de trabalho adequadamente dimensionada e treinada para o futuro.

Palavras-Chave

Regulação; Saúde nos Estados Unidos; Trabalhadores da Saúde.

Introdução

Nos Estados Unidos (EUA), os estados são os principais responsáveis pela regulação das profissões na área da saúde. A estrutura e o conteúdo dessas regulações específicas por estado têm impacto significativo na prestação dos serviços de saúde. Isso é particularmente importante dado que as iniciativas de reforma da saúde são desenhadas para melhorar a saúde da população através do fornecimento de serviços básicos acessíveis, de alta qualidade e de baixo custo. Há uma preocupação de que as estruturas regulatórias estaduais específicas para cada profissão não consigam dar fácil suporte às inovações da mão de obra necessárias para a reforma da saúde. Os aspectos do sistema atual que restringem o uso efetivo e eficiente da força de trabalho incluem incompatibilidades entre competência profissional e escopo legal de práticas médicas, falta de consistência no escopo das práticas entre os estados, flexibilidade limitada para dar suporte a sobreposições de escopos entre as profissões, e o lento e contraditório processo para mudar as regras de cada escopo¹.

I. Regulações das profissões de saúde e a reforma da saúde

Nos EUA, o sistema de prestação de serviços de saúde baseia-se no mercado, composto por muitos pagantes privados e públicos, incluindo o governo federal e os governos estaduais. Conseqüentemente, carece de um único conjunto de políticas consistentes para conduzir o sistema e é frequentemente caracterizado por uma grande fragmentação, que provoca ineficiências e resultados medíocres para a saúde². A reforma na saúde vem impactando substancialmente o sistema de prestação de serviços de saúde nos EUA, com um rápido deslocamento do foco para o atendimento básico, a prevenção e a saúde populacional. A remuneração pela assistência médica também está mudando, afastando-se do modelo de pagamento por serviço e se direcionando para o de pagamento por valor. Cada vez mais, os prestadores de serviços de saúde recebem incentivos para manter as pessoas saudáveis e enfrentam penalidades por resultados fracos, tais como reinternações hospitalares que poderiam ser evitadas. Os prestadores enfrentam o desafio de fornecer serviços acessíveis e de alta qualidade a um número crescente de pacientes recém-segurados, e com a melhor relação custo-benefício possível. Novos modelos de atendimento estão surgindo – por exemplo, organizações de atendimento responsável e centros médicos centrados no paciente –, para os quais são fundamentais as equipes multidisciplinares de atendimento, que têm o potencial de melhorar os resultados dos

¹DOWER, C.; MOORE, J.; LANGELIER, M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, 1971-1976, Nov. 2013. doi:10.1377/hlthaff.2013.0537.

²SHIH, A.; DAVIS, K.; SCHOENBAUM S.C.; GAUTHIER A.; NUZUM, R.; MCCARTHY, D. Organizing the U.S. Health care delivery system for high performance. Aug. 2008. Disponível em: <http://ts-si.org/files/Shih_Organizing_8-4-08.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

pacientes e otimizar o uso dos recursos disponíveis³. As configurações das equipes baseiam-se nas necessidades dos pacientes, bem como no tamanho da clínica e no tipo de atendimento básico. As equipes podem incluir médicos, enfermeiros clínicos, médicos auxiliares, enfermeiros licenciados, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos de enfermagem, assistentes médicos e agentes comunitários de saúde, entre outros⁴. Os times mais efetivos caracterizam-se por altos níveis de coesão e compartilhamento de responsabilidades, que podem aumentar a eficiência e acessibilidade dos serviços de assistência médica^{5,6}. No entanto, a maioria das estruturas estaduais de regulação das profissões de saúde carece de flexibilidade para dar total suporte aos profissionais que trabalham colaborativamente em modelos de atendimento em equipe. Embora a proteção do público por meio de regulações cuidadosas seja um objetivo crucial, os processos e políticas regulatórios estaduais podem resultar em padrões de prática extremamente restritivos ou proibitivos, que, por sua vez, podem impedir o atendimento, aumentar o custo dos serviços e deixar de aproveitar ao máximo as capacidades da mão de obra disponível na área da saúde⁷.

II. Quais são os problemas do sistema estadual?

Leis e regulações estaduais definem o escopo legal das práticas dos profissionais de saúde dentro de um estado. As leis sobre escopos de prática específicos de cada profissão geralmente descrevem os serviços de saúde que podem ser legalmente oferecidos por um profissional de saúde (incluindo atividades controladas) e as circunstâncias sob as quais esses serviços podem ser fornecidos (o contexto da prática profissional). Normalmente elas incluem os requisitos para que um profissional de saúde possa atuar em um estado – incluindo qualificação e treinamento, licenciamento – e os requisitos de supervisão aplicáveis. Além disso, elas frequentemente especificam a composição e a autoridade do conselho regulador que supervisiona a profissão, bem como os procedimentos e as ações disciplinares.

Há uma série de problemas associados à abordagem de regulação estadual das profissões de saúde. Entre eles, estão:

³CHADI, N. Breaking the scope-of-practice taboo: where multidisciplinary rhymes with cost-efficiency. *McGill Journal of Medicine*, v. 13, n. 2, p. 44, 2011.

⁴BODENHEIMER, T. *Building teams in primary care: lessons from 15 case studies*. California Health Care Foundation, July 2007. Disponível em: <<https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-BuildingTeamsInPrimaryCareCaseStudies.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

⁵INTERPROFESSIONAL Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative, 2011. Disponível em: <https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016

⁶MITCHELL, P. et al. *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC, 2012. Disponível em: <<https://www.nationalahec.org/pdfs/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

⁷RICKETTS, T.C.; FRAHER, E.P. Reconfiguring health workforce policy so that education, training, and actual delivery of care are closely connected. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, p. 1874-1880, Nov. 2013. doi:10.1377/hlthaff.2013.0531.

- (i) **Incompatibilidades entre competência profissional** (isto é, o que um profissional de saúde tem treinamento e competência para fazer) e **escopo legal da prática** (ou seja, o que um profissional de saúde está legalmente autorizado a fazer em um determinado estado). O termo “escopo de competência” geralmente descreve quais tipos de serviço um membro de cada profissão de saúde pode fornecer. No entanto, é importante distinguir entre escopo “profissional” e escopo “legal” da prática, descrito acima. O escopo profissional, frequentemente chamado de competência profissional, descreve os serviços que um profissional de saúde tem treinamento e competência para realizar. A competência profissional evolui ao longo do tempo, pois as profissões de saúde incorporam novos desenvolvimentos em sua prática, expandindo naturalmente os conhecimentos e as habilidades dessas profissões. Embora o escopo legal da prática e a competência profissional normalmente se sobreponham, a extensão dessa sobreposição varia de acordo com a profissão e o estado.

A maioria dos profissionais de saúde nos EUA estuda em programas educacionais credenciados nacionalmente e cujo currículo é padronizado, e posteriormente passa por um exame nacional ou regional de competência para obter a certificação para o exercício da profissão. Apesar da padronização nacional no treinamento e na certificação, alguns estados limitam os profissionais de saúde no exercício de todo o escopo de sua comprovada competência profissional.

Um exemplo do esforço de alinhar melhor a competência profissional com o escopo legal da prática foi a medida tomada para permitir aos farmacêuticos administrar as vacinas contra a gripe em todos os 50 estados. Levou mais de uma década para que isso fosse atingido em todos os estados, o que resultou em maior disponibilidade de imunizações para a população dos EUA^{8,9}.

- (ii) As incompatibilidades acima citadas contribuem para **diferenças no escopo legal da prática para muitas profissões na área da saúde em cada estado**. Essas diferenças dependem do local onde é prestado o atendimento, e não das habilidades e competências do profissional de saúde. Por exemplo, a habilidade dos enfermeiros clínicos de diagnosticar, tratar e realizar prescrições com segurança tem sido bem documentada na pesquisa de literatura¹⁰. No entanto, só metade dos estados confere autoridade total aos enfermeiros clínicos para fornecer tais serviços, e os

⁸TERRIE, Y.C. Vaccinations: the expanding role of pharmacists. *Pharmacy Times*, Jan. 14, 2010. Disponível em: <<http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2010/January2010/FeatureFocusVaccinations-0110>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

⁹MCCONEGHY, K.W.; WING, C. A national examination of pharmacy-based immunization statutes and their association with influenza vaccinations and preventive health. *Vaccine*, v. 34, n. 30, p. 3463–3468, 2016. doi:10.1016/j.vaccine.2016.04.076.

¹⁰NEWHOUSE, R. et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics*, v. 29, n. 5, p. 230-250, 2011.

demais limitam o exercício da profissão¹¹. Como os profissionais de saúde devem ser licenciados em cada estado onde praticam, a mobilidade pode ser limitada para as profissões cujo escopo da prática varia de estado para estado. Essa falta de mobilidade pode contribuir para ineficiências da mão de obra e, ao mesmo tempo, limitar o acesso ao atendimento necessário, incluindo o fornecimento de serviços de telessaúde e telemedicina em mais de um estado^{12,13}.

Contudo, a variação do escopo da prática de estado para estado proporciona importantes oportunidades de pesquisa. Na questão do acesso, pesquisadores descobriram que os estados com os escopos legais menos restritivos à prática dos enfermeiros clínicos experimentaram o maior aumento no número de pacientes atendidos por esses profissionais no atendimento básico nos últimos anos¹⁴. Outro estudo mostrou que a frequência dos exames de rotina aumentou e a qualidade do atendimento melhorou em estados que permitem que os enfermeiros clínicos atendam com maior autonomia¹⁵. Estes achados são particularmente importantes em vista da demanda crescente por atendimento básico em saúde no âmbito das iniciativas de reforma do sistema de saúde.

- (iii) Outra questão associada com sistemas estaduais de regulação das profissões de saúde é a **falta de habilidade para suportar escopos de prática sobrepostos**. Há um reconhecimento crescente de que as leis sobre escopos de prática sobrepostos – aquelas que permitem que diferentes profissões forneçam os mesmos serviços – deveriam ser normativas¹⁶. Essa mudança de pensamento reconhece as contribuições únicas de várias profissões, cada uma com sua abordagem filosófica da prestação de serviços de saúde, mas todas com a mesma competência para tratar pacientes, além de admitir os papéis colaborativos dos modelos de atendimento em equipe. Haveria menos resistência às sobreposições de escopos de prática se houvesse mais oportunidades de formação e treinamento interdisciplinares, o que aumentaria a conscientização de que indivíduos que exercem diferentes profissões

¹¹PEARSON, L. Nurse practitioner's business practice and legal guide, fifth edition. *The Pearson Report*. Disponível em: <<http://nursing.jbpub.com/pearsonreport/Login.aspx?ref=/pearsonreport/default.aspx>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

¹²ROWTHORN, V.; HOFFMAN, D. Legal impediments to the diffusion of telemedicine. *Journal of Health Care Law and Policy*, v. 14, n. 1, 2011.

¹³LEROUGE, C.; GARFIELD, M.J. Crossing the telemedicine chasm: have the U.S. barriers to widespread adoption of telemedicine been significantly reduced? †. *Int J Environ Res Public Health*, v. 10, n. 12, p. 6472–6484, Dec. 2013. Available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881125/>>. Acesso em: 15 ago. 2016. 10.3390/ijerph10126472.

¹⁴KUO, Y.; LORESTO, F.L.; ROUNDS, L.R.; GOODWIN, J. S. States with the least restrictive regulations experienced the largest increase in patients seen by nurse practitioners. *Health Affairs*, v. 32, n. 7, p. 1236–1243, Jul. 2013. 10.1377/hlthaff.2013.0072.

¹⁵TRACZYNSKI, J.; UDALOVA, V. *Nurse practitioner independence, health care utilization, and health outcomes*. Paper presented at: Midwest Health Economics Conference. Madison, WI, 2013. Disponível em: <http://www2.hawaii.edu/~jtraczyn/paperdraft_050414_ASHE.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

¹⁶NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. *Changes in healthcare professions' scope of practice: legislative considerations*. Report, 2009. Available at: <https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice_09.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

de saúde são capazes de desempenhar com segurança as mesmas tarefas. As sobreposições de escopo podem apresentar ainda mais desafios quando envolvem delegação. A falta de clareza e consistência nas regulações sobre delegação e responsabilidade impactam negativamente os esforços de aumentar as sobreposições de escopo, como, por exemplo, permitir que auxiliares de saúde em domicílio, supervisionados por enfermeiros clínicos, administrem medicação em seus pacientes.

- (iv) **Para que o escopo legal estadual para uma profissão de saúde seja alterado**, frequentemente são necessárias ações legislativas e/ou regulatórias no nível estadual, que **tendem a ser lentas, contraditórias e caras**, normalmente envolvendo duas profissões: uma profissão já estabelecida e outra emergente. As profissões estabelecidas, a miúdo com maiores recursos de *lobby* e advocacia, podem dominar profissões emergentes cujos meios políticos são mais modestos – apesar de existirem, algumas vezes, claras evidências da segurança e qualidade dos serviços fornecidos por elas. Por exemplo, alguns estados têm considerado autorizar higienistas dentais (técnicos em saúde bucal) licenciados a, desde que façam treinamento adicional, fornecer serviços básicos de restauração oral, mas apenas poucos desses estados conseguiram fazer isso. Frequentemente, múltiplas campanhas são empreendidas antes de que alguma mudança seja feita. A primeira tentativa, em 2014, de promulgar uma lei reconhecendo os terapeutas de higiene oral no Estado de Maine falhou, mas foi bem-sucedida na sessão legislativa seguinte. Esses processos contraditórios podem também contribuir para a animosidade entre profissionais, que devem trabalhar juntos apesar dos desfechos legislativos. Os modelos de prática em equipe suportados pela reforma de saúde são mais difíceis de implementar quando os membros de uma profissão enxergam os de outra como antagonistas.

Uma vantagem importante das regulações estaduais das profissões de saúde é a habilidade de dar suporte a soluções locais para expandir o acesso a serviços de saúde necessários. Por exemplo, o estado de Minnesota, preocupado com o acesso limitado de sua população de baixa renda aos serviços de saúde oral, reconheceu os *Advanced Dental Therapists* (ADT, em português terapeutas dentais avançados) em 2009. Os ADT podem trabalhar sob supervisão geral e pelo menos metade de seus pacientes deve ser desassistida. A avaliação inicial do impacto da atuação dos ADT mostra que os pacientes atendidos por eles experimentaram uma redução no tempo de espera e de deslocamento, além de suas taxas de satisfação terem melhorado. As entidades empregadoras dos ADT relataram redução de custos e melhora na produtividade das equipes de saúde oral^{17,18}.

¹⁷BHASKARA, S. *Early impacts of dental therapists in Minnesota on access to care*. Paper presented at: 142nd Annual APHA Annual Meeting and Exposition, New Orleans, LA, Nov. 2014. Disponível em: <<https://apha.confex.com/apha/142am/webprogram/Paper298793.html>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

¹⁸THE PEW CHARITABLE TRUSTS. *Expanding the dental team: increasing access to care in public settings*. Report, June 2014. Disponível em: <http://www.pewtrusts.org/~media/assets/2014/06/27/expanding_dental_case_studies_report.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

III. Fatores de mudança na demanda de serviços e profissionais de saúde

Existem muitos fatores de mudança na demanda por serviços e profissionais de saúde. Entre eles, estão as políticas públicas, a tecnologia e as preferências dos consumidores.

Atualmente, **a reforma da saúde** é um dos mais significativos **fatores de mudança nas políticas públicas**, influenciando os sistemas de prestação de serviços de saúde e sua força de trabalho. À medida que a demanda por atendimento básico aumenta, as barreiras regulatórias à prática dos enfermeiros clínicos (NPs, na sigla em inglês), por exemplo, podem resultar em longas esperas e atrasos no fornecimento dos serviços necessários. Usar a mão de obra existente mais amplamente, dentro das competências de cada profissão, pode ajudar a atender às crescentes demandas por serviços de saúde nos próximos anos¹⁹.

Outro fator de mudança nas políticas públicas é a **preocupação com as persistentes disparidades na saúde**, exercendo pressão sobre os sistemas de prestação de serviços de saúde em geral e sobre os profissionais especificamente. As significativas disparidades no estado de saúde e no acesso aos serviços de saúde relativas a geografia, gênero, raça e etnia são um grande desafio na área de saúde hoje em dia²⁰. A mão de obra da área de saúde tem o potencial para desempenhar papéis-chave na redução dessas disparidades. O uso de agentes comunitários de saúde é uma estratégia para lidar com os resultados desiguais na saúde. Esses profissionais, frequentemente membros de confiança nas comunidades onde atuam, têm a sensibilidade cultural para conectar os pacientes aos prestadores e aos programas públicos de saúde que lidam com doenças do coração, acidente vascular cerebral, asma, diabetes, câncer e outras doenças crônicas²¹.

A **inovação tecnológica** em saúde pode tanto simplificar os processos, reduzindo o treinamento necessário para a prestação de um serviço, quanto aumentar sua complexidade, exigindo a utilização de especialistas altamente treinados. Além disso, a tecnologia tem possibilitado iniciativas de telessaúde que levantam novos questionamentos sobre o escopo da prática, especialmente quando o paciente e o prestador de serviços de saúde estão em diferentes estados. Há um reconhecimento crescente da importância de padronização nas leis estaduais sobre a prática das profissões da saúde, ou da adoção de leis uniformes de telessaúde para atender às

¹⁹HAIN, D.; FLECK, L. Barriers to NP practice that impact healthcare redesign. *The Online Journal of Issues in Nursing*, v. 19, n. 2, May 31, 2014. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No2-May-2014/Barriers-to-NP-Practice.html>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

²⁰SCHROEDER, S.A. We can do better — improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, v. 357, n. 12, p. 1221–1228, 2007. doi:10.1056/nejmsa073350.

²¹ROSENTHAL, E.L. et al. Community health workers: part of the solution. *Health Affairs*, v. 29, n. 7, p. 1338–1342, 2010. 10.1377/hlthaff.2010.0081.

necessidades dos pacientes, dos profissionais de saúde e das entidades empregadoras, que operam em um mercado virtual interestadual limitado por regulações estaduais²².

A **preferência do consumidor** motiva mudanças, como fica evidente na popularidade crescente das clínicas de varejo²³, que funcionam como uma forma economicamente acessível de surpreender as necessidades básicas de atendimento médico. Essas clínicas, onde geralmente o atendimento é feito por enfermeiros clínicos, têm demonstrado uma redução nos custos do atendimento. Uma análise de dados de sinistralidade de seguros em diversos estados para atendimentos que incluíam as clínicas de varejo mostrou que os custos de atendimento foram menores em estados onde os enfermeiros clínicos NPs atuavam com maior independência²⁴. Ainda, a demanda dos consumidores por abordagens de atendimento médico complementares e alternativas, incluindo acupuntura, massoterapia e ioga, vem aumentando constantemente. Na *National Health Interview Survey* (levantamento nacional de saúde) de 2012, descobriu-se que quase 60 milhões de norte-americanos relataram ter gastado mais de US\$ 30 bilhões do próprio bolso, anualmente, em atendimento médico complementar ou alternativo²⁵. O resultado é um número cada vez maior de estados que passam a reconhecer médicos naturopatas, homeopatas, acupunturistas e massoterapeutas.

IV. Estratégias para fortalecer a tomada de decisões sobre o escopo da prática

Quando os estados consideram mudanças no escopo da prática para várias profissões de saúde, devem avaliar os impactos que as mudanças propostas terão na segurança e na qualidade dos serviços oferecidos em seu território. Diversas estratégias podem melhorar tanto o processo decisório sobre o escopo das práticas quanto o conteúdo:

- (i) Padronizar os escopos das práticas dos profissionais de saúde em todos os estados, com base na competência profissional²⁶, para possibilitar a efetiva prestação dos serviços sem o obstáculo das fronteiras estaduais.
- (ii) Atualizar rotineiramente as leis estaduais referência à prática das profissões de saúde, permitindo que tais profissões demonstrem sua crescente competência e sejam exercidas em toda a extensão de seu conhecimento e treinamento. Isso

²² LEROUGE, C.; GARFIELD, M.J. op. cit., p. 6472-6484.

²³ ZAMOSKY, L. What retail clinic growth can teach physicians about patient demand. *Medical Economics*, Jan. 8, 2014. Disponível em: <<http://www.medicaleconomics.com/modern-medicine-feature-articles/what-retail-clinic-growth-can-teach-physicians-about-patient-demand/>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

²⁴ SPETZ, J.; PARENTE, S.T.; TOWN, R.J.; BAZARKO D. Scope-of-practice laws for nurse practitioners limit cost savings that can be achieved in retail clinics. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, p. 1977-1984, 2013.10.1377/hlthaff.2013.0544.

²⁵ AMERICANS spend \$30 Billion a year out-of-pocket on complementary health approaches. *National Center for Complementary and Integrative Health*, June 22, 2016. Disponível em: <<https://nccih.nih.gov/research/results/spotlight/americans-spend-billions/>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

²⁶ LEBUHN, R.; SWANKIN, D. Reforming scopes of practice: a white paper. *Citizen Advocacy Center White Paper*, jul. 2010. Disponível em: <<https://www.ncsbn.org/ReformingScopesofPractice-WhitePaper.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

pode embasar funções novas e emergentes, bem como as sobreposições de escopo que são necessárias para o efetivo atendimento em equipe²⁷.

- (iii) Aumentar a obtenção de opinião dos consumidores, de forma a fundamentar as decisões relativas ao escopo das práticas.
- (iv) Usar as melhores evidências disponíveis para tomar decisões sobre a autorização de novas profissões ou a expansão do escopo da prática de profissões existentes²⁸.
- (v) Criar oportunidades de testar novas estratégias de trabalho para a prestação de serviços de saúde em projetos pilotos por tempo limitado e patrocinados pelos estados, tais como o programa *California's Health Workforce Pilot Project* (Projeto piloto da força de trabalho da Califórnia)²⁹. Rigorosas avaliações dos resultados dos projetos são essenciais para fundamentar o processo de tomada de decisões regulatórias no estado patrocinador e em outros estados.

Conclusão

Os esforços para transformar o sistema de prestação de serviços de saúde nos EUA e para melhorar a saúde da população demandam uma mão de obra que seja capaz de assumir novos papéis e responsabilidades, particularmente em modelos emergentes de atendimento. Coletivamente, os profissionais da saúde são fundamentais para os esforços do Estado de fornecer serviços de alta qualidade e com bom custo-benefício ao número cada vez maior de norte-americanos que procuram atendimento básico. Devido ao ritmo de transformação do sistema de prestação de serviços de saúde, é cada vez mais urgente a reforma regulatória necessária para assegurar uma força de trabalho de saúde adequadamente dimensionada e treinada para o futuro.

Referências

AMERICANS spend \$30 Billion a year out-of-pocket on complementary health approaches. *National Center for Complementary and Integrative Health*, June 22, 2016. Available at: <<https://nccih.nih.gov/research/results/spotlight/americans-spend-billions/>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

²⁷NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. Changes in healthcare professions' scope of practice: legislative considerations, cit.

²⁸DOWER, C.; CHRISTIAN, S.; O'NEIL, E. Promising scope of practice models for the health professions. *Healthforce Center at UCSF Report*, 2007. Disponível em: <https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/6.%202007-12_Promising_Scope_of_Practice_Models_for_the_Health_Professions.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

²⁹WIDES, C.; DOWER, C. A review of California Office of Statewide Health Planning and Development, Health Workforce Pilot Projects Program 1973-2007. *Healthforce Center at UCSF Report*, May 2010. Disponível em: <https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/7.%202010-05_A_Review_of_OSHPD_Health_Workforce_Pilot_Projects_Program_1973_to_2007.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BHASKARA, S. *Early impacts of dental therapists in Minnesota on access to care*. Paper presented at: 142nd Annual APHA Annual Meeting and Exposition, New Orleans, LA, Nov. 2014. Available at: <<https://apha.confex.com/apha/142am/webprogram/Paper298793.html>>. Accessed: Aug. 22, 2016.

BODENHEIMER, T. *Building teams in primary care: lessons from 15 case studies*. California Health Care Foundation, July 2007. Available at: <<https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-BuildingTeamsInPrimaryCareCaseStudies.pdf>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

CHADI, N. Breaking the scope-of-practice taboo: where multidisciplinary rhymes with cost-efficiency. *McGill Journal of Medicine*, v. 13, n. 2, p. 44, 2011.

DOWER, C.; CHRISTIAN, S.; O'NEIL, E. Promising scope of practice models for the health professions. *Healthforce Center at UCSF Report*, 2007. Available at: <https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/6.%202007-12_Promising_Scope_of_Practice_Models_for_the_Health_Professions.pdf>. Accessed: Aug. 15, 2016.

_____; MOORE, J.; LANGELIER, M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, 1971-1976, Nov. 2013. doi:10.1377/hlthaff.2013.0537.

HAIN, D.; FLECK, L. Barriers to NP practice that impact healthcare redesign. *The Online Journal of Issues in Nursing*, v. 19, n. 2, May 31, 2014. Available at: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No2-May-2014/Barriers-to-NP-Practice.html>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

INTERPROFESSIONAL Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative, 2011. Available at: <https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf>. Accessed: Aug. 15, 2016.

KUO, Y.; LORESTO, F.L.; ROUNDS, L.R.; GOODWIN, J. S. States with the least restrictive regulations experienced the largest increase in patients seen by nurse practitioners. *Health Affairs*, v. 32, n. 7, p. 1236-1243, Jul. 2013. 10.1377/hlthaff.2013.0072.

LEBUHN, R.; SWANKIN, D. Reforming scopes of practice: a white paper. *Citizen Advocacy Center White Paper*, Jul. 2010. Available at: <<https://www.ncsbn.org/ReformingScopesofPractice-WhitePaper.pdf>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

LEROUGE, C.; GARFIELD, M.J. Crossing the telemedicine chasm: have the U.S. barriers to widespread adoption of telemedicine been significantly reduced?. *Int J Environ Res Public Health*, v. 10, n. 12, p. 6472-6484, Dec. 2013. Available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881125/>>. Accessed: Aug. 15, 2016. 10.3390/ijerph10126472.

MCCONEGHY, K.W.; WING, C. A national examination of pharmacy-based immunization statutes and their association with influenza vaccinations and preventive health. *Vaccine*, v. 34, n. 30, p. 3463-3468, 2016. doi:10.1016/j.vaccine.2016.04.076.

MITCHELL, P. et al. *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC, 2012. Available at: <<https://www.nationalahec.org/pdfs/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. Changes in healthcare professions' scope of practice: legislative considerations. *Report, 2009*. Available at: <https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice_09.pdf>. Accessed: Aug. 15, 2016.

NEWHOUSE, R. et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics*, v. 29, n. 5, p. 230-250, 2011.

PEARSON, L. Nurse practitioner's business practice and legal guide, fifth edition. *The Pearson Report*. Available at: <<http://nursing.jbpub.com/pearsonreport/Login.aspx?ref=/pearsonreport/default.aspx>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

THE PEW CHARITABLE TRUSTS. *Expanding the dental team: increasing access to care in public settings*. Report, June 2014. Available at: <http://www.pewtrusts.org/~media/assets/2014/06/27/expanding_dental_case_studies_report.pdf>. Accessed: Aug. 22, 2016.

RICKETTS, T.C.; FRAHER, E.P. Reconfiguring health workforce policy so that education, training, and actual delivery of care are closely connected. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, p. 1874-1880, Nov. 2013. doi:10.1377/hlthaff.2013.0531.

ROSENTHAL, E.L. et al. Community health workers: part of the solution. *Health Affairs*, v. 29, n. 7, p. 1338-1342, 2010. 10.1377/hlthaff.2010.0081.

ROWTHORN, V.; HOFFMAN, D. Legal impediments to the diffusion of telemedicine. *Journal of Health Care Law and Policy*, v. 14, n. 1, 2011.

SCHROEDER, S.A. We can do better — improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, v. 357, n. 12, p. 1221-1228, 2007. doi:10.1056/nejmsa073350.

SHIH, A.; DAVIS, K.; SCHOENBAUM S.C.; GAUTHIER A.; NUZUM, R.; MCCARTHY, D. Organizing the U.S. *Health care delivery system for high performance*. Aug. 2008. Available at: <http://ts-si.org/files/Shih_Organizing_8-4-08.pdf>. Accessed: Aug. 22, 2016.

SPETZ, J.; PARENTE, S.T.; TOWN, R.J.; BAZARKO D. Scope-of-practice laws for nurse practitioners limit cost savings that can be achieved in retail clinics. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, p. 1977-1984, 2013.10.1377/hlthaff.2013.0544.

TERRIE, Y.C. Vaccinations: the expanding role of pharmacists. *Pharmacy Times*, Jan. 14, 2010. Available at: <<http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2010/January2010/FeatureFocusVaccinations-0110>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

TRACZYNSKI, J.; UDALOVA, V. Nurse practitioner independence, health care utilization, and health outcomes. Paper presented at: Midwest Health Economics Conference. Madison, WI, 2013. Available at: <http://www2.hawaii.edu/~jtraczyn/paperdraft_050414_ASHE.pdf>. Accessed: Aug. 15, 2016.

WIDES, C.; DOWER, C. A review of California Office of Statewide Health Planning and Development, Health Workforce Pilot Projects Program 1973-2007. *Healthforce Center at UCSF Report*, May 2010. Available at: <https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/7.%202010-05_A_Review_of_OSHPD_Health_Workforce_Pilot_Projects_Program_1973_to_2007.pdf>. Accessed: August 15, 2016.

ZAMOSKY, L. What retail clinic growth can teach physicians about patient demand. *Medical Economics*, Jan. 8, 2014 Available at: <<http://www.medicaleconomics.com/modern-medicine-feature-articles/what-retail-clinic-growth-can-teach-physicians-about-patient-demand>>. Accessed: Aug. 15, 2016.

Jean Moore - Diretora do *New York Center for Health Workforce Studies*. Nova York, Estados Unidos. *E-mail*: jmoore@albany.edu