

## Estratégias internacionais de flexibilização da regulação da prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da COVID-19: revisão de escopo

International strategies for flexibilization of the regulation of health workforce practices in response to the COVID-19 pandemic: a scoping review

Estrategias internacionales de flexibilización de la regulación de la práctica de profesionales de salud en respuesta a la pandemia de la COVID-19: revisión de alcance

Ana Cristina van Stralen <sup>1</sup>  
Cristiana Leite Carvalho <sup>2</sup>  
Sábado Nicolau Girardi <sup>1</sup>  
Alice Werneck Massote <sup>3</sup>  
Mariangela Leal Cherchiglia <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00116321

### Resumo

A COVID-19 foi classificada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Diante da sua acelerada propagação, governantes, comunidades e serviços de saúde estão tendo que agir na mesma velocidade para ampliar a capacidade da força de trabalho em saúde. Este estudo objetivou, a partir do método revisão de escopo [scoping review], identificar as principais estratégias relacionadas a medidas de flexibilização de regulações que regem as práticas de profissionais de saúde que vêm sendo adotadas e/ou recomendadas internacionalmente. O estudo seguiu as etapas propostas pelo Instituto Joanna Briggs. Para a construção da questão de pesquisa, utilizou-se o método PCC (população, conceito e contexto). A busca se baseou nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus e Base de Dados da OMS; e na literatura cinzenta. Foram identificados 36 documentos, classificados nas seguintes estratégias: (1) ampliação de escopo de prática; (2) transferência de funções de uma categoria profissional para outra; (3) autorização para atendimento e faturamento via telemedicina; (4) licenciamento e recrutamento de profissionais não ativos; (5) recrutamento de profissionais de outras regiões/estado; (6) mudanças na formação e oferta de treinamento. Uma das estratégias mais importantes em resposta a situações de escassez de profissionais de saúde tem sido e a disponibilidade para adaptar, ampliar e redistribuir as atividades dos profissionais, de modo a atender as rápidas mudanças. Esta revisão reflete a importância em se realizarem reformas nas regulações profissionais de forma a otimizar a força de trabalho em saúde existente para que esta possa atender às demandas constantes de necessidade da população.

COVID-19; Pandemias; Mão de Obra em Saúde; Competência Profissional

### Correspondência

A. C. van Stralen  
Universidade Federal de Minas Gerais.  
Av. Alfredo Balena 190, 7º andar, Belo Horizonte, MG  
30310-100, Brasil.  
anastralen@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>3</sup> Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.



## Introdução

A COVID-19 foi caracterizada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Altamente transmissível, espalhou-se rapidamente pelo mundo. Em abril de 2021, o número de infectados no mundo ultrapassava 140 milhões e, de mortes, 3,1 milhões. O Brasil, no mesmo período, atingiu 400 mil mortes e mais de 14 milhões de casos confirmados <sup>1</sup>.

A possibilidade de e/ou já constatada escassez de profissionais de saúde tem sido fonte de preocupações em diversos países, principalmente entre aqueles que já sofrem historicamente com essa situação. Diante da acelerada propagação da COVID-19, responsável por um aumento rápido do número de internações hospitalares, levando a colapsos nos sistemas de saúde, governantes e serviços de saúde estão tendo que agir na mesma velocidade, de forma a proteger, maximizar e ampliar a força de trabalho em saúde. O cenário atual, além de maior potencial de contaminação e subsequente afastamento dos trabalhadores de saúde, está agravando a carência de profissionais, tanto na linha de frente de atendimento como nos serviços de saúde em geral <sup>2</sup>.

Publicações da imprensa internacional e nacional têm alarmado para o alto número de profissionais infectados pelo novo coronavírus <sup>2,3</sup>. Estimativas sugerem que profissionais da linha de frente estão entre 10 a 20% dos diagnosticados <sup>3</sup>. O Brasil, em abril de 2021, somava mais de 54 mil enfermeiros infectados, com 773 mortes, representando um terço das mortes globais, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) <sup>4</sup>. Com relação a médicos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou que 810 profissionais faleceram desde o início da pandemia <sup>5</sup>.

Uma das principais respostas à COVID-19 em vários países, inclusive no Brasil, tem envolvido ações como ampliação do número de leitos e abertura de hospitais de campanha. Isso, no entanto, implica a necessidade de provimento de profissionais capacitados e em número suficiente para atenderem a esses novos serviços <sup>6</sup>. Dessa forma, se, por um lado, há o alto potencial de contágio e decorrente afastamento de profissionais que atuam na linha de frente, por outro, temos um aumento constante da demanda pela ampliação da força de trabalho em saúde.

A assistência à COVID-19 demanda uma abordagem dos pacientes nas diferentes fases da infecção. Além de focar corretamente no tratamento agudo e na prevenção, por meio de medidas de isolamento e distanciamento social, os governos devem trabalhar para garantir uma força de trabalho em saúde adequada para aqueles pacientes que necessitam de reabilitação após a alta hospitalar ou atendimentos pós-agudos, pacientes rotineiros em hospitais e em outros estabelecimentos de saúde, como instituições de longa permanência para idosos e estabelecimentos de privação de liberdade <sup>7,8</sup>. Não menos importante é a garantia contínua da prestação de cuidados na atenção primária em saúde (APS), mantendo a atenção aos demais agravos de saúde e monitoramento de pacientes com doenças crônicas, que se configuram entre o grupo de risco ao novo coronavírus, além de contribuir com o controle da pandemia por meio de ações de vigilância em saúde; atenção aos casos leves de COVID-19 e suporte a usuários vulneráveis <sup>6,8</sup>.

Para lidar com situações de escassez de profissionais, grupos de pesquisa e organizações de saúde vêm apontando possíveis caminhos, que incluem medidas para flexibilização de regulações profissionais que regem os escopos de prática da força de trabalho em saúde. De maneira geral, a regulação profissional corresponde a um conjunto de diretrizes e mecanismos instituídos pelos governos, que incide sobre o mercado de trabalho (oferta, demanda, preços, remunerações etc.) e serviços de saúde, definindo e delimitando os campos de atuação, bem como atividades de exercício restrito de determinada profissão <sup>9</sup>. Por sua vez, o escopo de prática define os parâmetros de uma profissão <sup>9</sup>. É caracterizado pelo conjunto de atividades, funções e procedimentos pelos quais um profissional possui autorização legal, formação e competência para exercer com segurança <sup>9,10,11</sup>.

Em documento de propostas e ações para fortalecer as respostas dos sistemas de saúde no enfrentamento à COVID-19, a OMS recomendou considerar modelos alternativos de prestação de cuidados à saúde, incluindo a expansão e o compartilhamento de escopos de prática dos profissionais <sup>12</sup>. Publicações pelo grupo Cochrane Effective Practice and Organisation of Care [Prática Eficaz e Organização de Cuidados] também incluem propostas nesse sentido, como a transferência de funções de uma categoria profissional de maior nível de treinamento para outra de menor nível, conhecida como *task-shifting* <sup>13</sup>, e o encaminhamento de pacientes ou casos entre categorias profissionais, como de médicos para enfermeiros <sup>14</sup>.

Medidas como estas são reconhecidas há décadas e são cada vez mais utilizadas no combate à escassez e na otimização da força de trabalho em saúde, principalmente porque a rigidez na regulação profissional constitui uma reconhecida barreira para o acesso aos serviços de saúde <sup>9,10,11</sup>. Na área da saúde, a regulação delimita os caminhos para exercer a profissão, com base em exigências mínimas de formação que habilitam o profissional a atuar de maneira segura. As leis de regulamentação tendem a ser rígidas, dificultando, muitas vezes, que o profissional adapte sua prática a situações emergentes, como é o caso da pandemia da COVID-19. Embora as regulações da prática da força de trabalho em saúde não sejam baseadas em eventos raros, estas devem ser flexíveis o suficiente para se adaptarem a situações emergenciais <sup>15</sup>.

No cenário da COVID-19, pouco se sabe ainda sobre as estratégias que os países vêm utilizando para lidar com essas situações de escassez de profissionais. Nessa perspectiva, foi realizada uma revisão de escopo [*scoping review*] com o intuito de identificar e sintetizar as principais estratégias internacionais relacionadas a medidas de flexibilização de regulações que regem a prática de profissionais de saúde que vêm sendo adotadas e/ou recomendadas durante a pandemia. Trata-se de um objetivo relevante para planejadores de força de trabalho em saúde que visam ampliar sua capacidade no sentido de expandir o acesso e aliviar situações de escassez.

## Metodologia

Revisão de escopo é uma metodologia de revisão de literatura que tem se tornado cada vez mais comum para mapear o estado da arte existente sobre um campo de interesse, em termos de volume e natureza e principais características de pesquisa primária. Pode ser realizada em um estágio anterior aos demais tipos de revisão, permitindo uma abordagem mais ampla para questões da pesquisa <sup>16,17</sup>. Cacchione <sup>17</sup> aponta três características que a difere de outros métodos: mapear a pesquisa e os conceitos-chave que sustentam a pesquisa; fornecer uma síntese que agrega um conjunto amplo de matérias para além de artigos e periódicos revisados por pares, permitindo literatura cinzenta; e incluir várias fontes heterogêneas, em vez de focar apenas nas de melhores evidências.

Escolhemos essa metodologia para explorar as informações que já estão disponíveis, considerando as estratégias que envolvem a flexibilização da regulação e dos escopos de prática de profissionais de saúde no cenário recente da pandemia da COVID-19. Para a construção da questão de pesquisa, utilizou-se o método PCC (população, conceito e contexto), que é uma estratégia que auxilia a identificar os tópicos-chave, recomendada em revisões de escopo <sup>15</sup>. Definiu-se, assim, a seguinte questão: “Quais evidências e informações existem sobre as estratégias relacionadas à regulação e à flexibilização de escopos de prática, visando aumentar o potencial da força de trabalho em saúde em resposta a situações de escassez de profissionais e falta de acesso a serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19?”.

O estudo teve como base as recomendações do Instituto Joanna Briggs <sup>15</sup> e seguiu as seguintes etapas: (1) elaboração da questão de pesquisa e definição das palavras-chave; (2) condução da pesquisa; (3) seleção dos documentos, a partir da leitura dos títulos e resumos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão; (4) leitura na íntegra e categorização dos documentos incluídos; (5) sumarização e análise dos achados; e (6) apresentação dos principais resultados.

Foram adotadas diferentes estratégias para localizar tanto artigos científicos e acadêmicos quanto literatura cinzenta, que incluíram: buscas com palavras-chave (Quadro 1) em resumos e títulos, nas bases de dados: PubMed, Scopus e OMS [WHO Database]; buscas em diferentes *websites* de organizações e instituições internacionais relacionadas à regulação do trabalho e/ou que congregam e disponibilizam publicações de outras fontes sobre o tema, como Health Workforce Technical Assistance Center [Centro de Assistência Técnica da Força de Trabalho em Saúde], The Health Workforce Hub [Centro de Força de Trabalho em Saúde] e Canadian Health Human Resources Network Library [Biblioteca da Rede Canadense de Recursos Humanos em Saúde]; buscas nas referências dos artigos selecionados e busca livre no Google, Google Scholar e em veículos de comunicação. As buscas foram realizadas em setembro e outubro de 2020.

**Quadro 1**

Palavras-chave usadas nas buscas nas bases de dados.

1) População	workforce OR health workforce OR health professional OR healthcare providers OR health worker OR health personnel OR human resource OR human resource for health OR healthcare workers OR doctor OR physicians OR physician assistants OR physicians associates OR clinical assistants OR intensive care OR intensivist OR intensive care physician OR nurses OR intensive care nurses OR nursing advanced practice nurse OR nurse practitioners OR advanced practice registered nurses OR clinical nurse specialist OR advanced practice nursing OR physiotherapists OR dentist OR pharmacist
2) Conceito	task-shifting OR skill-mix OR delegat* OR substitut* OR expanded role OR expanded scope of practice OR "scope of practice" OR professional role OR scope of practice regulation OR professional regulation OR health professional regulation OR flexibili* OR health professional shortage OR physician shortage OR workforce shortage OR practice guideless OR professional competence OR health workforce planning OR human resource planning OR access to care
3) Contexto	COVID-19 OR new coronavirus OR pandemic* OR "pandemic outbreak OR disease outbreak OR Influenza A OR Coronavirus Infections OR Pandemic influenza OR SARS OR SARS virus OR Severe Acute Respiratory Syndrome OR Pandemic response OR Coronavirus OR Epidemic*
Combinado (AND) 1, 2 e 3	

Fonte: elaboração própria.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão estudos sobre o tema, independentemente do tipo de publicação, como artigos, revisões, editoriais, perspectivas, opiniões, comunicações curtas ou especiais e notícias. Foram excluídos artigos duplicados e que não tratavam diretamente de medidas de flexibilização da regulação profissional e/ou escopos de prática. A pesquisa foi limitada a 2020, considerando que a pandemia começou em dezembro de 2019. A revisão foi realizada de acordo com as recomendações PRISMA (*Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises*), a partir de uma extensão para revisão de escopo<sup>18</sup>.

A seleção dos documentos é apresentada em diagrama de fluxo. Foram identificados 1.513 documentos em buscas nos bancos de dados PubMed (n = 490), Scopus (n = 918) e WHO Database (n = 105), e 13, das outras fontes de busca. Após a remoção de duplicados, foi realizada uma seleção a partir dos títulos, resumos e da leitura completa, etapa em que foram incluídos seis documentos identificados em referências de artigos. Baseados nos critérios de inclusão foram selecionados 36 registros para a revisão de escopo (Figura 1).

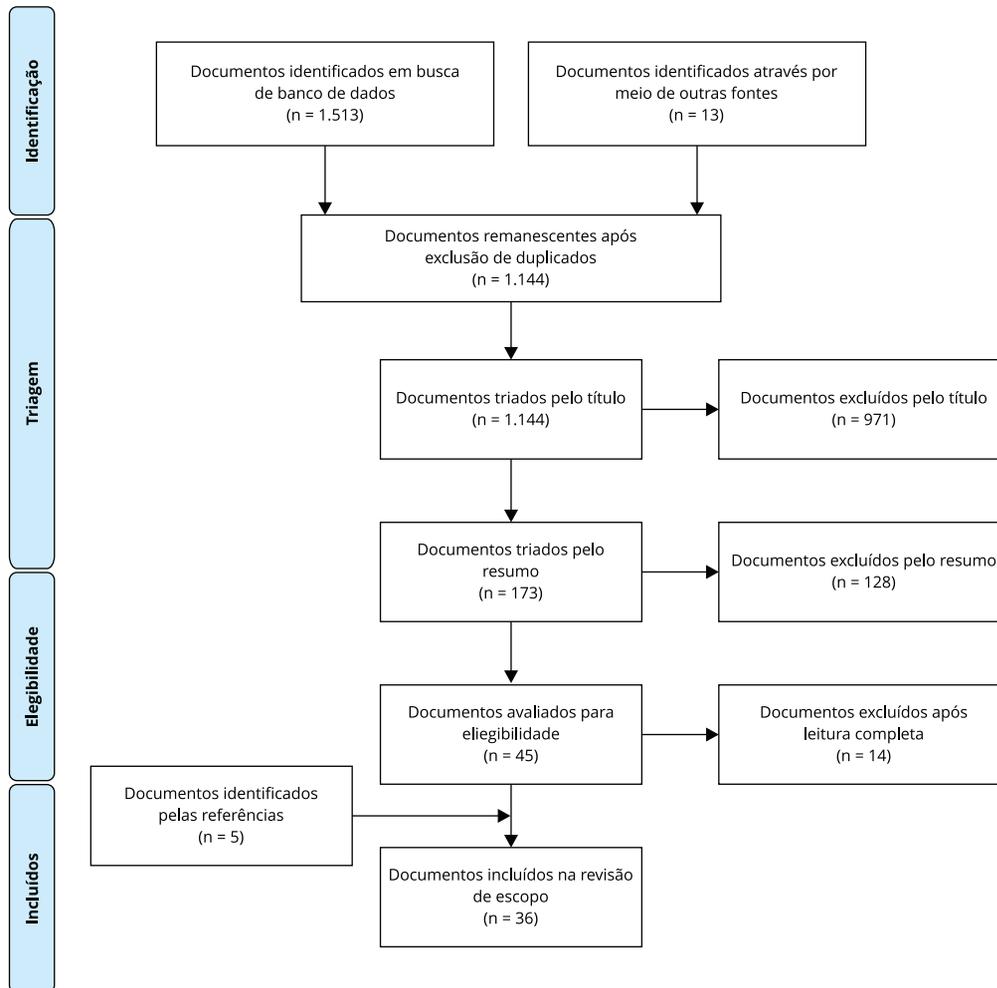
## Resultados e discussão

Dos 36 documentos, 21 eram artigos e os demais incluíram comunicações curtas, notas de recomendações, notícias, comentários ou editoriais. Após a leitura completa, os documentos foram agrupados de acordo com estratégias recomendadas (n = 18) e estratégias adotadas (n = 18), de acordo com as similaridades descritas nos documentos, incluindo o tipo de estratégias, profissionais envolvidos e país de referência.

Além de identificar as principais estratégias relacionadas à regulação e flexibilização dos escopos de práticas, a análise apontou outras iniciativas abordadas nos documentos selecionados. Os achados foram organizados nas seguintes categorias: (1) ampliação de escopo de prática; (2) *task-shifting*; (3) telemedicina; (4) licenciamento e recrutamento de profissionais não ativos; (5) recrutamento de profissionais de outras regiões; e (6) formação e treinamento.

Figura 1

Processo de seleção de documentos (PRISMA – Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises).



Em relação às categorias profissionais, 11 documentos abordavam exclusivamente profissionais de enfermagem de práticas e formação avançadas, mais conhecidos internacionalmente como *nurse practitioner* (NP), que possuem diferentes formações, especializações, categorias e nomenclaturas, variando entre os países, como, por exemplo, *advanced practice registered nurses* (APRN), nos Estados Unidos, e *clinical nurse specialists*, no Canadá. De forma a facilitar a fluidez do texto, neste artigo, iremos nos referir a estes profissionais como enfermeiros de práticas avançadas (EPA), independentemente da nomenclatura, categoria e do país de origem. Sete documentos abordavam, exclusivamente, farmacêuticos; quatro, médicos; dois, dentistas; dois, paramédicos; um, assistente médico (*physician assistant* – PA); e nove, mais de uma categoria profissional ou relativos a profissionais de saúde em geral. O maior número de documentos é originário dos Estados Unidos (n = 20). Os Quadros 2 e 3 resumem as principais estratégias recomendadas e adotadas, os países e as categorias profissionais envolvidas.

**Quadro 2**

Medidas e estratégias recomendadas, categoria profissional e país.

MEDIDAS E ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS	PROFISSIONAIS	PAÍSES
Ampliação de escopo de prática	Assistente de médicos <sup>21</sup> Enfermeiros <sup>21,23,24</sup> Farmacêuticos <sup>19,39</sup> Médicos <sup>21,27,28,34</sup> Paramédicos <sup>22,34</sup> Não especificado <sup>20,25</sup>	Canadá <sup>27,28</sup> Estados Unidos <sup>19,20,24,25,34,39</sup> Reino Unido <sup>21</sup> Diversos <sup>22,23</sup>
<i>Task-shifting</i>	Dentista <sup>47,48</sup> Não especificado <sup>20</sup> Assistente de médicos <sup>26</sup>	Estados Unidos <sup>20</sup> Reino Unido <sup>47,48</sup> Canada <sup>26</sup>
Telemedicina	Telemedicina Enfermeiros <sup>50</sup> Farmacêuticos <sup>19,49</sup> Não especificado <sup>25</sup>	Estados Unidos <sup>19,25,49,50</sup>
Recrutamento de recém-graduados ou de estudantes do último ano	Não especificado <sup>20</sup> Medicina <sup>52</sup>	Estados Unidos <sup>20,52</sup>
Formação e treinamento	Dentista <sup>47</sup> Médicos <sup>21,54,55</sup> Paramédicos <sup>22</sup> Não especificado <sup>20</sup>	Estados Unidos <sup>20,54</sup> Reino Unido <sup>21,47</sup> Diversos <sup>22,55</sup>

Fonte: elaboração própria.

**Ampliação de escopos de prática**

A flexibilização de barreiras regulatórias que limitam os escopos de prática de profissionais de saúde tem sido pauta de debate há anos por organizações de saúde e de pesquisa, com foco em otimizar a força de trabalho em saúde, contribuir para a ampliação do acesso a serviços, reduzir os impactos da escassez de profissionais e custos associados à saúde <sup>9,10,11</sup>. Estratégias relacionadas à ampliação de escopos de práticas de profissionais de saúde foram recorrentes na revisão (n = 25), tanto as recomendadas <sup>19,20,21,22,23,24,25,26,27,28</sup> quanto as adotadas <sup>15,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43</sup>.

Em vários países, os EPA têm competência e treinamento para realizar diversas funções e procedimentos. No entanto as leis que regulamentam os escopos de prática variam em termos de extensão das atividades que podem ser realizadas (com ou sem supervisão de médicos), podendo limitar sua atuação, variando entre países e locais. A ampliação de escopos de prática de EPA vem sendo recomendada como estratégia para elevar a capacidade da força de trabalho em saúde durante a pandemia da COVID-19 <sup>20,21,23,24</sup>. Aconselha-se redesenhar o escopo existente, ampliando-o de forma a maximizar a contribuição de enfermeiros, permitindo que atuem no máximo de sua licença <sup>24</sup>. Trata-se de profissionais muitas vezes subutilizados, que podem contribuir em situações de escassez e má distribuição de profissionais de saúde, além de melhorar a qualidade dos serviços prestados e reduzir custos associados à saúde <sup>23</sup>.

Nesse sentido, para aumentar a flexibilidade e a capacidade do sistema de saúde em resposta à pandemia, vários estados americanos suspenderam as leis que regulamentam os escopos de prática de EPA, removendo barreiras, de forma a expandir seus escopos de prática e permitir que atuem no máximo de suas competências profissionais <sup>15,30,33,34,35,36,37,38,40,43</sup>. Essas medidas, com variações entre locais e categorias da enfermagem, incluem relaxamento dos requisitos de supervisão do médico para diversas atividades, expansão dos exames que podem solicitar e medicamentos que podem

**Quadro 3**

Medidas e estratégias adotadas, categoria profissional e país.

MEDIDAS E ESTRATÉGIAS ADOTADAS	PROFISSIONAIS	PAÍSES
Ampliação de escopo de prática	Assistente de médicos 15,26 Enfermeiros 15,30,33,34,35,36,37,38,40,42 Farmacêuticos 29,31,32,34,41,43 Médicos 28,34 Paramédicos 34 Técnicos de emergência 34	Canadá 26,28,32,42 China 31 Estados Unidos 15,30,32,33,34,35,36,37,38,40,43 Europa 32 Irlanda 29 Reino Unido 41
<i>Task-shifting</i>	Enfermeiros 46	Não delimitado 46
Telemedicina	Enfermeiros 51 Farmacêuticos 31,32 Não especificado 2	Canadá 32 China 31 Estados Unidos 2,32,51 Europa 32
Recrutamento de recém-graduados ou de estudantes do último ano	Enfermagem 30,46 Medicina 15,20,34,46 Não especificado 2	Estados Unidos 2,15,20,30,34 Diversos 46
Recrutamento de profissionais aposentados	Enfermeiros 2,15,34,43 Farmacêuticos 29 Médicos 2,15,34,43	Estados Unidos 2,15,34,43 Irlanda 29
Recrutamento de estrangeiros	Médicos 33,46 Enfermeiros 46	Estados Unidos 34 Diversos 46
Recrutamento de profissionais de outras regiões	Enfermagem 15,34,40 Médicos 15,34 Não especificado 2,46 Diversos 43	Canadá 46 Estados Unidos 2,15,34,40,43
Formação e treinamento	Enfermeiros 46 Não especificado 2	Estados Unidos 2 Diversos 46

Fonte: elaboração própria.

prescrever<sup>30,37,38,40</sup>. No Canadá, EPA também receberam autorização temporária para ampliarem suas práticas<sup>42</sup>.

As medidas de flexibilização adotadas e recomendadas também incluem farmacêuticos<sup>19,29,31,32,34,39,41,43</sup>, médicos<sup>21,27,28,34</sup>, paramédicos<sup>22,34</sup> e PAs<sup>15,21,26</sup>. Farmacêuticos, por exemplo, têm o potencial de contribuir para melhorar o acesso, aliviando a carga de trabalho dos médicos, que podem se dedicar a casos mais complexos. A continuidade do cuidado de pacientes crônicos na APS, por farmacêuticos, pode contribuir ainda para a redução de hospitalização. A suspensão de medidas regulatórias deve incluir a permissão do farmacêutico para iniciar o tratamento da COVID-19, prescrever, ordenar, renovar e substituir medicamentos sem autorização médica<sup>19</sup>. O relaxamento temporário de medidas restritivas para farmacêuticos vem sendo adotado e recomendado em diferentes países, como Irlanda<sup>29</sup>, China<sup>31</sup>, Estados Unidos<sup>19,32,34,39,43</sup>, Canadá<sup>32</sup> e Reino Unido<sup>41</sup>.

O Colégio de Médicos e Cirurgiões da Província de Manitoba, no Canadá, recomenda a flexibilização do trabalho para que os médicos realizem atividades fora do que seria considerado seu escopo usual de prática, considerando a especialidade em que atuam. Entretanto há a ressalva de que o médico realize apenas atividades que, de acordo com seu julgamento pessoal, sejam seguras e apropriadas<sup>27,28</sup>.

Segundo Boehringer et al.<sup>22</sup>, alterações no âmbito da prática de paramédicos também devem ser apoiadas por meio de mudanças regulatórias. Para os autores, muitos sistemas de saúde estão perden-

do a oportunidade de utilizar as habilidades e os conhecimentos dos paramédicos para realizar atividades relacionadas ao gerenciamento das vias aéreas e ventilação. O Estado da Pensilvânia, nos Estados Unidos, mudou suas regras de forma que paramédicos e técnicos de emergência médica possam realizar uma variedade de serviços de saúde, dependendo do seu grau de treinamento e experiência <sup>34</sup>.

Já em relação aos PAs, profissionais que prestam serviços clínicos e cirúrgicos sob supervisão (direta ou indireta) de médicos, a Associação Canadense de Assistentes de Médico recomenda ampliar os direitos de prescrição deles para poderem renovar receitas de medicamentos controlados e preencher atestados de óbito <sup>26</sup>.

Levisohn & Higgins <sup>43</sup> argumentam que, ao passo que a flexibilização da regulação dos escopos de prática de profissionais de saúde contribuiu para o aumento do número de profissionais disponíveis durante a pandemia, levanta preocupações com a segurança da prestação de cuidados, ao permitir que profissionais com menor experiência pratiquem tarefas sob supervisão mínima. No entanto estudos atestam que experiências de ampliação de escopos prática de profissionais de saúde melhoram o acesso e a qualidade da prestação de cuidados, além de contribuírem para redução de gastos em saúde <sup>9,10,11</sup>.

### **Task-shifting**

A redistribuição de atividades entre a força de trabalho em saúde – *task-shifting* é uma das estratégias endossadas pela OMS para expandir a prestação de cuidados em saúde, ao otimizar a utilização da força de trabalho em saúde <sup>44</sup>. Existem evidências suficientes de que o *task-shifting* é uma estratégia importante para aliviar situações de escassez, aumentar a eficiência e produtividade da prestação de serviços de saúde, com qualidade e baixo custo <sup>45</sup>. Durante a pandemia da COVID-19 esta estratégia tem sido adotada <sup>46</sup> e recomendada mundialmente <sup>20,26,47,48</sup>.

Políticas desatualizadas são as principais culpadas por restringir a transferência de tarefas entre profissionais de saúde <sup>20</sup>. Apesar do *task-shifting* envolver geralmente a transferência de funções e atividades de uma categoria profissional de maior qualificação para uma de menor qualificação, esta também pode ocorrer entre duas profissões de mesmo nível <sup>44</sup>. Enquanto a força de trabalho em saúde da linha de frente da COVID-19 se torna escassa, a força de trabalho odontológica está em grande parte disponível com consultórios e serviços fechados, podendo ser uma grande aliada para o aumento da capacidade da força de trabalho em saúde <sup>47,48</sup>. Sacoer et al. <sup>47</sup> identificaram semelhanças entre os currículos de educação médica e odontológica e que a equipe odontológica dispõe de competências médicas e administrativas, adquiridas durante a graduação e pós-graduação, que podem ser aproveitadas durante a pandemia. Segundo Bourgeault et al. <sup>46</sup>, membros da equipe odontológica, particularmente os cirurgiões e os com habilidades sedativas, foram realocados para atuar no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS). O artigo cita ainda exemplos de *task-shifting* entre médicos e fisioterapeutas, como na Austrália, onde fisioterapeutas assumiram funções da equipe respiratória aguda. No Canadá, a associação de PAs tem recomendado o aumento de tarefas transferíveis do escopo do médico supervisor para o PA para aumentar a capacidade da força de trabalho em saúde <sup>26</sup>.

### **Telemedicina**

A telemedicina ganhou um protagonismo crescente e mundial durante a pandemia, como estratégia para aumentar a capacidade da força de trabalho em saúde paralela à redução da exposição do paciente e do profissional de saúde ao vírus. Muitas organizações e sistemas de saúde estão recomendando <sup>19,25,49,50</sup> e adotando <sup>2,31,32,51</sup> novas formas de flexibilizar a força de trabalho em saúde por meio do uso da telemedicina durante a pandemia.

Dentre as medidas de redução de barreiras regulatórias de escopos de prática nos Estados Unidos, configuram-se mudanças para expansão da prestação de telemedicina, incluindo o reembolso assegurado pela Medicare e Medicaid (programas de assistência à saúde voltados para indivíduos de baixa renda e para pessoas com idade igual ou maior que 65 anos, respectivamente), para o atendimento via telemedicina por profissionais de saúde <sup>2,51</sup>. Na Holanda e no Reino Unido, farmacêuticos também têm ampliado suas práticas a partir da consulta remota via telemedicina <sup>32</sup>. Na China, o estabelecimento de facilidades de telemedicina em hospitais contribuiu para promover aos farmacêuticos uma

nova oportunidade de prestação de serviços de saúde, além de reduzir a necessidade de deslocamento do paciente ao hospital <sup>31</sup>.

Como nos Estados Unidos cada estado tem autoridade para estabelecer as regulações de prática de seus profissionais de saúde, Frogner et al. <sup>25</sup> defendem que regras para a provisão de serviços de telemedicina sejam uniformizadas a nível federal, permitindo que provedores atendam ultrapassando os limites estaduais. Segundo Pritchard et al. <sup>49</sup>, a pandemia provocou no país uma necessidade urgente para implementação de serviços de telemedicina em áreas onde esse tipo de serviço ainda era limitado. No entanto, o artigo atenta para o fato de que os farmacêuticos não se configuram entre os profissionais liberados pela Medicaid e Medicare para a prestação de serviços por meio de telemedicina e reembolso regular, como aconteceu, por exemplo, com alguns EPAs, PAs e fisioterapeutas. Os autores defendem que os farmacêuticos são profissionais-chave na prestação de cuidados de assistência via telemedicina durante a pandemia e que estes devem ser incluídos nos sistemas compensatórios para esse tipo de prática. Thiessen et al. <sup>19</sup> também defendem que os farmacêuticos têm contribuído tanto no atendimento presencial quanto no teleatendimento durante a pandemia e que, por isso, devem ser reembolsados para a prestação do atendimento a distância, assim como outras categorias profissionais.

Já Watkins & Neubrandner <sup>50</sup> observam que a legislação federal que removeu obstáculos para a prestação de atendimento e reembolso via telemedicina para profissionais de saúde não contemplou uma das categorias de EPA, os *registered nurses*. Trata-se de profissionais com alto conhecimento e habilidades clínicas, com reconhecido papel de atuação, principalmente na atenção primária, na assistência e coordenação ao paciente crônico, o que impõe a necessidade de enquadrá-los entre os profissionais elegíveis para o reembolso via telemedicina, aliviando situações de escassez da força de trabalho em saúde.

A utilização da telemedicina pode, portanto, contribuir para a redução da demanda de atendimento rotineiro, permitindo consultas remotas entre profissionais e pacientes com COVID-19. A ferramenta pode ainda facilitar um intercâmbio de experiência entre os profissionais e oferecer treinamentos e capacitações.

### **Licenciamento e recrutamento de profissionais não ativos**

Entre as medidas de flexibilização regulatória para expandir a força de trabalho em saúde, o recrutamento e o licenciamento de profissionais de saúde não ativos (aposentados, recém-formados, estudantes na área da saúde e formados no exterior) têm sido adotados <sup>2,15,20,29,30,34,43,46</sup> e recomendados <sup>20,52</sup>. A expectativa é reforçar os sistemas de saúde no momento em que a atual força de trabalho em saúde está ou ficará sobrecarregada e escassa.

O recrutamento de aposentados voluntários vem ocorrendo em vários países, a exemplo dos Estados Unidos, Espanha, Reino Unido e Irlanda, que têm buscando agilizar e flexibilizar o processo de relicenciamento ou recertificação de profissionais, especialmente médicos e enfermeiros <sup>2,15,34,43</sup> e farmacêuticos <sup>29</sup>. No entanto é uma estratégia que vem acompanhada de preocupações. Embora amplie a capacidade imediata de profissionais, é limitada devido ao alto risco de mortalidade do vírus para idosos, que representam grande parte dos aposentados <sup>15,34,43</sup>. Nesse sentido, recomenda-se que profissionais com mais de 60 anos que retornaram ao trabalho evitem o atendimento na linha de frente <sup>43</sup>.

O aceleração do processo de licenciamento de recém-formados para o exercício da prática <sup>30</sup> e a incorporação de estudantes, principalmente da medicina e da enfermagem, têm ocorrido para antecipar a prática profissional <sup>2,15,20,34,46</sup>. Facilitar que estudantes do último ano iniciem suas práticas profissionais é uma opção simples para expandir a força de trabalho em saúde. Estudantes de medicina em estágio avançado de formação podem contribuir realizando diversas atividades e tarefas, como triagem, coleta de dados e atividades administrativas, liberando médicos para o atendimento direto ao paciente de COVID-19 <sup>20</sup>. A Itália deu início à adoção dessa estratégia, permitindo que médicos em formação iniciassem o trabalho nove meses antes de finalizarem a graduação <sup>15</sup>. Bourgeault et al. <sup>46</sup> e Iserson <sup>34</sup> citam Alemanha, Holanda, Jamaica e Reino Unido como exemplos de países que recrutam estudantes de medicina para atuarem durante a pandemia. Bourgeault et al. <sup>46</sup> também relatam exemplo na Austrália, em que estudantes de enfermagem foram empregados para dar assistência às enfermeiras, liberando-as para atuarem em casos críticos. É preciso, no entanto, levar em conside-

ração que estudantes necessitam de supervisão e suporte, pois ainda não estão totalmente treinados; além disso, ao se tornarem parte da força de trabalho em saúde, devem ter livre escolha para atuar e receber pelo trabalho realizado <sup>46</sup>.

Segundo Bayne et al. <sup>15</sup>, há muitos militares nos Estados Unidos treinados para atendimento médico, que não podem exercer a medicina por causa das leis de licenciamento. Mediante flexibilização de medidas regulatórias, poderiam ser autorizados a praticar, aliviando a força de trabalho em saúde sobrecarregada.

A reintegração de profissionais que se formaram no exterior também se configura como estratégia para ampliar a força de trabalho em saúde <sup>34,46</sup>. Nos Estados Unidos, muitos médicos que vieram de outros países para realizar a residência são experientes e capacitados para atuar na linha de frente da COVID-19. Há, portanto, uma pressão para que as autoridades imigratórias estendam vistos de trabalho a esses médicos <sup>34</sup>. Bourgeault et al. <sup>46</sup> citam exemplo no Reino Unido, que acelerou o processo de registro de enfermeiros formados no exterior.

Há também o recrutamento de profissionais de outros países <sup>46</sup>. Trata-se de uma prática mundialmente reconhecida para lidar com situações de escassez. No Canadá, houve um chamado para enfermeiros e médicos formados no exterior atuarem em comunidades indígenas, por meio de autorizações emergenciais e temporárias de trabalho <sup>46</sup>. Cuba há décadas vem enviando médicos ao mundo, inclusive para o Brasil, entre 2013 e 2018. Durante essa pandemia, não é diferente: centenas de médicos e enfermeiros cubanos estão no combate ao coronavírus em diversos países <sup>53</sup>.

### **Recrutamento de profissionais de outras regiões**

Tanto nos Estados Unidos quanto no Canadá, a regulação das profissões de saúde é de responsabilidade primária dos estados. Um profissional registrado em um estado não está apto para exercer suas atividades em outro. Diante da escassez de profissionais, conforme aumentam os casos de COVID-19, alguns estados americanos <sup>2,15,34,40,46</sup> e canadenses <sup>46</sup> buscam aumentar a capacidade da força de trabalho em saúde, adotando mudanças regulatórias no sentido de flexibilizar as regras para a prática além dos limites estaduais, permitindo a mobilidade do profissional para atuar em diferentes estados. A urgência em facilitar essa mobilização levou a diferentes ações, variando entre locais e profissionais autorizados, passando pela emissão de licenciamento emergencial e temporário, até a isenção total dos requisitos de licenciamento <sup>40,46</sup>.

A provisão de licenças interestaduais nos Estados Unidos incluiu médicos, farmacêuticos, PAs, paramédicos, enfermeiros e fisioterapeutas, desde que estejam dispostos a ajudar com os cuidados relacionados à COVID-19 <sup>43</sup>. Segundo Levisohn & Higgins <sup>43</sup>, a flexibilização das restrições, para que provedores pratiquem sem licença específica do estado, chamaram atenção para o quanto os requisitos de licenciamento estadual de médicos nos Estados Unidos são, em geral, mais rígidos e desatualizados do que para outras profissões.

Segundo Bayne et al. <sup>15</sup>, a concessão de licenças temporárias para a prática fora do estado nos Estados Unidos é uma estratégia moderada em termos de eficácia. O ponto positivo é que esse tipo de reforma facilita a mobilidade da força de trabalho em saúde, de forma a atender demandas em locais que enfrentam as maiores dificuldades e situações de escassez. Porém pode ser menos benéfico em caso da pandemia não se limitar a surtos locais em certas regiões: *“Se o país inteiro está enfrentando situações de escassez de profissionais de saúde, a efetividade desta reforma pode ser reduzida”* <sup>15</sup> (p. 5). Já Chen et al. <sup>2</sup> argumentam que se espera que os estados tenham picos de demanda em tempos diferentes, sendo assim, a mobilidade não prejudicaria um local em detrimento de outro. Levisohn & Higgins <sup>43</sup> levantam a preocupação de que à medida que os profissionais reagem à crise e se deslocam para os locais de mais necessidade, principalmente grandes cidades, pode exacerbar a escassez de assistência médica em áreas rurais e remotas no país.

É importante ressaltar que as permissões para a prática em diferentes estados também podem ser estendidas de forma a incluir serviços remotos, como a telemedicina. Licenças emergenciais foram concedidas, por exemplo, para que EPA prestem atendimento por meio de telemedicina sem atender aos requisitos estaduais <sup>43</sup>.

## Formação e treinamento

A revisão incluiu documentos sobre abordagens relacionadas tanto à formação formal<sup>21,54</sup> quanto à oferta de treinamento durante a pandemia da COVID-19<sup>2,20,22,27,46,55</sup>. A necessidade de mudanças na formação, tanto na graduação quanto na pós-graduação de médicos, para que estes sejam capazes de adaptar suas práticas rapidamente, foi recomendada em artigo de Vijayasarithi & Khosa<sup>54</sup>. Os autores levantam a preocupação de que a formação “ultra” subespecializada de médicos pode levar a um conhecimento pouco abrangente, limitando seu escopo a sua subespecialidade, como, por exemplo, o radiologista, que muitas vezes não consegue interpretar uma imagem fora da sua subespecialidade. Enquanto a pandemia atual sobrecarrega o radiologista do tórax, outros podem estar com parte da carga horária ociosa e poderiam ser mais bem aproveitados. Os autores recomendam que, para manter maior versatilidade, é necessária uma formação cruzada com outras subespecialidades, que lhes permita cobrir os colegas em tempos de necessidade. Nessa mesma linha, Fernandes et al.<sup>21</sup> enfatizam que a formação do médico do futuro deve colocar ênfase maior em habilidades generalistas, a partir de um chamado *dual training*, ou treinamento duplo, com a medicina interna geral, permitindo que o médico se adapte com maior rapidez a situações como a da COVID-19.

A importância da oferta de treinamento, principalmente considerando as estratégias já discutidas anteriormente, como ampliação de escopo de prática, *task-shifting* e recrutamento de profissionais não ativos, também emergiu nos documentos elencados. Bourgeault et al.<sup>46</sup> argumentaram que a adoção de *task-shifting* pode exigir qualificação adicional, citando como exemplo uma experiência no Canadá, onde foi oferecido treinamento a EPA para manusear ventiladores em situações de escassez do profissional responsável. Segundo Bhatnagar et al.<sup>55</sup>, os anesthesiologistas, por lidarem diretamente com as vias aéreas e o manejo de ventilador e cuidados intensivos, encontram-se na vanguarda para o tratamento de pacientes com COVID-19. No entanto, o número desses profissionais pode não ser suficiente para atender à demanda, sendo necessário o treinamento de médicos de outras áreas para atuar no gerenciamento de ventilação e cuidados intensivos.

Boehring et al.<sup>22</sup> recomendam que os paramédicos sejam capacitados para gerenciar ventiladores com segurança, tanto no transporte como nos estabelecimentos de saúde. Fraher et al.<sup>20</sup> defendem que profissionais que estão com consultórios fechados ou com baixas demandas durante a COVID-19, como equipe odontológica (dentistas, higienistas, técnicos), optometristas, quiropráticos e técnicos de audição, podem ser treinados a partir de cursos *online* de curta duração para assumir funções como conduzir exames, ler sinais vitais, fornecer acompanhamento telefônico para pessoas em quarentena com COVID-19 e coletar dados epidemiológicos, por exemplo. A oferta de treinamento a profissionais não ativos, como aposentados, também é recomendada por Fraher et al.<sup>20</sup> e Chen et al.<sup>2</sup>.

Embora não tenha sido o objetivo desta revisão, é importante citar algumas das estratégias observadas que também vêm sendo adotadas e recomendadas em maior ou menor medida no Brasil. Em relação à ampliação de escopos de prática e compartilhamento/redistribuição de tarefas *task-shifting*, o modelo brasileiro de regulação profissional, baseado em atos privativos, é pouco flexível, oferecendo pouca margem para trabalhos compartilhados e/ou multidisciplinares<sup>9</sup>. Durante a pandemia da COVID-19, entretanto, foram observadas experiências de profissionais de saúde deslocados para ocupar funções fora do seu escopo habitual. Um exemplo são os cirurgiões-dentistas da rede pública que foram deslocados para realizar atividades administrativas, telemonitoramento de usuários com suspeita ou confirmados com o novo coronavírus, aplicação de teste e leitura dos resultados para diagnóstico de COVID-19<sup>56</sup>.

Na APS brasileira, as equipes de saúde da família, caracterizadas por serem multiprofissionais, têm tido impactos positivos na saúde da população, exercendo papel importante no enfrentamento da pandemia<sup>6,8</sup>. Porém o modelo pouco flexível da regulação profissional, com a posse corporativa de atos que poderiam ser compartilhados, tanto entre profissionais de nível superior quanto de nível técnico, pode limitar a adaptação dessas equipes para atuação durante crises sanitárias. Reformas que prezam por modelos de prestação de serviços com maior compartilhamento de práticas, favorecendo o trabalho multiprofissional nos diferentes níveis de atenção, devem ser estimuladas para garantir maior equidade no acesso a serviços de saúde durante crises sanitárias<sup>9</sup>.

Em relação à autorização para atendimentos via telemedicina no Brasil, foi sancionada a *Lei nº 13.989/2020*<sup>57</sup>, que autoriza seu uso durante a crise da COVID-19. Em consequência da Lei, algumas profissões, por meio de seus conselhos profissionais, publicaram ofícios, resoluções e/ou portarias para o uso de telemedicina, como, por exemplo, o CFM<sup>58</sup>, o Conselho Federal de Odontologia (CFO)<sup>59</sup> e o Cofen<sup>60</sup>. Na APS, recomenda-se a utilização da teleconsulta por diferentes profissionais, não apenas nos casos confirmados de COVID-19, mas também para acompanhamento de usuários crônicos e grupos prioritários<sup>6,8</sup>.

Com o objetivo de ampliar a força de trabalho em saúde, foram publicadas portarias estimulando o recrutamento de profissionais de um estado para outro, a partir da capacitação e cadastramento de profissionais da área da saúde para o enfrentamento à pandemia<sup>61</sup>. O recrutamento de médicos estrangeiros, principalmente cubanos, também ocorreu durante o último ano, com o lançamento de editais emergenciais pelo Ministério da Saúde<sup>62</sup>. O Brasil sofre historicamente com a escassez e má distribuição de profissionais de saúde, principalmente médicos<sup>63</sup>. Mesmo com significativo aumento devido a políticas implementadas durante as últimas duas décadas, em 2020 a disponibilidade de médicos indicava ser ainda insuficiente para enfrentar uma crise sanitária como a da COVID-19<sup>64</sup>. Estudo de Leite et al.<sup>65</sup> aponta que as poucas portarias e editais lançados durante a pandemia são insuficientes diante do quantitativo de médicos e da alta demanda por serviços.

No que diz respeito à formação, foi sancionada a *Lei nº 14.040/2020*<sup>66</sup>, que estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública, como a permissão para que alunos do último ano de cursos da área da saúde de nível superior e técnico antecipem a formação desde que tenham cumprido 75% da carga horária de prática. Leite et al.<sup>65</sup> apontam como fragilidade nesta legislação a falta de exigência de contrato entre estudante, serviço e instituição de ensino. Ademais, não existe uma avaliação de compatibilidade entre as atividades desenvolvidas e as estabelecidas nos currículos da graduação, levando conselhos profissionais a desencorajar estudantes a atuarem durante a pandemia. O artigo destaca ainda a falta de diretrizes federais em relação à oferta de treinamento aos profissionais de saúde durante a pandemia. Cursos *online* para trabalhadores de saúde promovidos por instituições e projetos mantidos pelo Ministério da Saúde sofreram com a carência de apoio e divulgação por parte do governo federal. Para os autores, houve ausência de coordenação das políticas federais relacionadas à governança da força de trabalho em saúde para o enfrentamento da pandemia no Brasil<sup>65</sup>.

Apesar de tentar ser o mais abrangente possível, esta revisão pode não ter identificado todas as publicações sobre o tema disponíveis, por se limitar a três bases de dados. Além disso, a consulta na literatura cinzenta foi limitada, por se tratar de uma revisão internacional sem delimitação de países. Essa situação dificultou, por sua vez, a consulta em *websites* de organizações e entidades de pesquisa de cada país, em que poderiam ser encontrados documentos sobre o tema abordado. Devido às rápidas mudanças que vêm ocorrendo no contexto da pandemia, algumas estratégias apontadas anteriormente podem ter sofrido alterações.

## Conclusão

O propósito desta revisão de escopo foi identificar e sintetizar as principais estratégias internacionais relacionadas a medidas de flexibilização de regulações que regem o exercício de profissionais de saúde que vêm sendo implementadas e/ou recomendadas durante a pandemia. A revisão identificou documentos que revelam seis principais estratégias em alguns países, que incluíram a ampliação dos escopos de prática; *task-shifting*; telemedicina; licenciamento e recrutamento de profissionais não ativos; recrutamento de profissionais de outras regiões; e formação e treinamento.

Muitos países e organizações de saúde estão experimentando novas maneiras de liberar o potencial da força de trabalho em saúde. Em certas partes do mundo, a prática dos profissionais de saúde tem ocorrido fora da sua zona de conforto e escopo tradicional. Talvez uma das estratégias mais importantes em resposta a situações de escassez e profissionais sobrecarregados devido à pandemia da COVID-19 tenha sido a flexibilização e a disponibilidade para adaptar, ampliar e redistribuir as atividades e funções de profissionais de saúde, de modo a atender às necessidades e às rápidas mudanças.

Nesse sentido, a pandemia deu início a uma nova era para diversos profissionais, à medida que as mudanças regulatórias e políticas de emergência expandiram, mesmo que de forma temporária, seus escopos. Torna-se necessária, agora, a luta profissional para que as medidas que foram adotadas permaneçam. Profissionais de diferentes áreas possuem habilidades e experiências diversas que podem e devem ser aproveitadas durante crises sanitárias. A oferta de treinamento e capacitações para a força de trabalho em saúde pode ser uma grande aliada nesse sentido, permitindo que profissionais rapidamente aperfeiçoem e adquiram novas habilidades.

A extensão com que essas estratégias vêm sendo adotadas varia entre países, locais e categorias profissionais. Muitos documentos dessa revisão tratam inclusive de recomendações, e não de estratégias adotadas. É importante, no entanto, considerar que existem diferentes maneiras e meios, alguns mais e outros menos eficazes, de tentar fortalecer a capacidade da força de trabalho em saúde.

Essa revisão expõe as fragilidades dos sistemas de saúde e relembra quão fundamental é a força de trabalho em saúde em quantidade suficiente e com as competências necessárias para atender às necessidades da população de maneira rápida e efetiva. A revisão traz a reflexão de que quanto mais flexíveis são as regulações responsáveis pelos escopos de prática de profissionais de saúde, mais ágil é sua adaptação para enfrentar momentos de crise. Nesse sentido, para que o Brasil consiga adaptar sua força de trabalho em saúde com maior agilidade para enfrentar situações emergenciais, é importante discutir reformas na regulação de escopos de prática. Futuras pesquisas podem buscar aprofundar as estratégias que vêm sendo adotadas e recomendadas no Brasil, tentando identificar não apenas a aplicabilidade dessas estratégias em situações emergenciais, como na atual pandemia, mas como formas de otimizar a força de trabalho em saúde existente, de maneira a atender a constante demanda de acesso à saúde por parte da população.

## Colaboradores

A. C. van Stralen contribuiu com a concepção e desenho do estudo, coleta, interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. C. L. Carvalho e S. N. Girardi revisaram o manuscrito. A. W. Massote contribuiu com a interpretação e análise dos dados. M. L. Cherchiglia contribuiu com a concepção do estudo e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito a ser publicada.

## Informações adicionais

ORCID: Ana Cristina van Stralen (0000-0003-4751-7595); Cristiana Leite Carvalho (0000-0003-1045-2759); Sábado Nicolau Girardi (0000-0003-0817-0533); Alice Werneck Massote (0000-0003-3772-1170); Mariângela Leal Cherchiglia (0000-0001-5622-567X).

## Referências

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://COVID19.who.int/> (acessado em 29/Abr/2021).
2. Chen C, Pittman P, Westergaard S, Salzburg E, Erikson C. Emerging health workforce strategies to address COVID-19. *Health Affairs Blog* 2020; 20 abr. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200414.197056/full/>.
3. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet* 2020; 5:e475-83.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. <http://observatorio.daenfermagem.cofen.gov.br/> (acessado em 29/Abr/2021).
5. Conselho Federal de Medicina. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19. <https://memorial.cfm.org.br/> (acessado em 29/Abr/2021).

6. Medina MG, Giovannella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R; Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00149720.
7. Arora VS, Fried JE. How will we care for coronavirus patients after they leave the hospital? By building postacute care surge capacity. *Health Affairs Blog* 2020; 13 abr. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20200408.641535/full/>.
8. Daumas RP, Azevedo e Silva G, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00104120.
9. Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* 2002; 8:67-85.
10. Dower C, Moore J, Langelier M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32:1971-6.
11. 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. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences; 2014.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19. Recomendações para a Região Europa da OMS. Sumário de políticas (1º de abril de 2020). [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52088/OPASWBRA-COVID1920056\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52088/OPASWBRA-COVID1920056_por.pdf) (acessado em 16/Jul/2020).
13. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care. Shifting tasks from one type of health worker to another: implementation considerations. [https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/PDF\\_summaries/taskshifting\\_general\\_qes\\_final.pdf](https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/PDF_summaries/taskshifting_general_qes_final.pdf) (acessado em 16/Jul/2020).
14. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care. Nurses as substitutes for doctors in primary care: implementation considerations. [https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/PDF\\_summaries/taskshifting\\_dr\\_to\\_nurse\\_qes\\_final.pdf](https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/PDF_summaries/taskshifting_dr_to_nurse_qes_final.pdf) (acessado em 16/Jul/2020).
15. Bayne E, Norris C, Timmons E. A primer on emergency occupational licensing reforms for combating COVID-19. [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](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) (acessado em 15/Jul/2020).
16. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015. Methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2015.
17. Cacchione PZ. The evolving methodology of scoping reviews. *Clin Nurs Res* 2016; 25:115-9.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169:467-73.
19. Thiessen K, Usery JB, Lopez-Candales A. Pharmacists as frontline responders during COVID-19. *J Ambul Care Manage* 2020; 43:312-6.
20. Fraher EP, Pittman P, Frogner BK, Spetz J, Moore J, Beck AJ, et al. Ensuring and sustaining a pandemic workforce. *N Engl J Med* 2020; 382:2181-3.
21. Fernandes L, FitzPatrick ME, Roycroft M. The role of the future physician: building on shifting sands. *Clin Med (Lond)* 2020; 20:285-9.
22. Boehringer B, O'Meara P, Wingrove G, Nudell NG. An emergency amendment to the national scope of practice for paramedics in the setting of a global pandemic. *J Rural Health* 2021; 37:191-3.
23. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev* 2020; 67:554-9.
24. Rosa WE, Binagwaho A, Catton H, Davis S, Farmer PE, Iro E, et al. Rapid investment in nursing to strengthen the global COVID-19 response. *Int J Nurs Stud* 2020; 109:103668.
25. Frogner BK, Fraher EP, Spetz J, Pittman P, Moore J, Beck AJ, et al. Modernizing scope-of-practice regulations – time to prioritize patients. *N Engl J Med* 2020; 382:591-3.
26. Canadian Association of Physician Assistants. Policy recommendations to leverage PAs during COVID-19. <https://capa-acam.ca/wp-content/uploads/2020/04/CAPA-Proposal-PA-Workforce-COVID-19-8-April-2020.pdf> (acessado em 18/Ago/2020).
27. The College of Physicians & Surgeons of Manitoba. Scope of practice during COVID-19. <https://cpsm.mb.ca/assets/COVID19/Scope%20of%20Practice%202020%2004%2006.pdf> (acessado em 18/Ago/2020).
28. 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. <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/PANDEMIC/COVID-19/COVID19%20Emergency%20Scope%20of%20Practice%20Expansion%20Letter%20and%20Application%20Form.pdf> (acessado em 22/Out/2020).
29. Lynch M, O'Leary AC. COVID-19 related regulatory change for pharmacists – the case for its retention post the pandemic. *Res Social Adm Pharm* 2020; 17:1913-9.
30. Diez-Sampedro A, Gonzalez A, Delgado V, Flowers M, Maltseva T, Olenick M. COVID-19 and advanced practice registered nurses: frontline update. *J Nurse Pract* 2020; 16:551-5.

31. Liao Y, Ma C, Lau AH, Zhong M. Role of pharmacists during the COVID-19 pandemic in China – Shanghai experiences. *J Am Coll Clin Pharm* 2020; [Epub ahead of print].
32. Merks P, Jakubowska M, Drelich E, Świczekowski D, Bogusz J, Bilmin K, et al. The legal extension of the role of pharmacists in light of the COVID-19 global pandemic. *Res Social Adm Pharm* 2020; 20:1807-12.
33. Moore C, Kabbe A, Gibson TS, Letvak S. The pursuit of nurse practitioner practice legislation: a case study. *Policy Polit Nurs Pract* 2020; 21:222-32.
34. Iserson KV. Augmenting the disaster healthcare workforce. *West J Emerg Med* 2020; 21:490-6.
35. Stucky CH, Brown WJ, Stucky MG. COVID-19: an unprecedented opportunity for nurse practitioners to reform healthcare and advocate for permanent full practice authority. *Nurs Forum* 2021; 56:222-7.
36. Stone A. COVID-19 legislation advances nursing's scope of practice. *ONS Voice* 2020; 35:26.
37. Zolot J. COVID-19 brings changes to np scope of practice. *Am J Nurs* 2020; 120:14.
38. Renke C, Callow L, Egnor T, Honstain C, Kellogg K, Pollack B, et al. Utilization of pediatric nurse practitioners as adult critical care providers during the COVID-19 pandemic: a novel approach. *J Pediatr Health Care* 2020; 34:490-4.
39. Aruru M, Truong HA, Clark S. Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the COVID-19 pandemic and beyond. *Res Social Adm Pharm* 2020; 17:1967-77.
40. Benton DC, Alexander M, Fotsch R, Livanos N. Lessons learned and insights gained: a regulatory analysis of the impacts, challenges, and responses to COVID-19. *Online J Issues Nurs* 2020; 25(3). <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-25-2020/No3-Sept-2020/Articles-Previous-Topics/Regulatory-Analysis-of-Impacts-Challenges-and-Responses-to-COVID-19.html>.
41. Slawther E. COVID-19: pharmacists could supply controlled drugs without script. *Community Pharmacy News, Analysis and CPD* 2020; 3 abr. <https://www.chemistanddruggist.co.uk/news/COVID-19-pharmacists-could-supply-controlled-drugs-without-script>.
42. Nurse Practitioner Association of Alberta. Nurse practitioners now permitted to work autonomously in long-term care facilities. <https://albertanps.com/nurse-practitioners-now-permitted-to-work-autonomously-in-long-term-care-facilities/> (acessado em 18/Ago/2020).
43. Levisohn A, Higgins E. States address provider shortages to meet the health care demands of the pandemic. <https://www.nashp.org/states-address-provider-shortages-to-meet-the-health-care-demands-of-the-pandemic/> (acessado em 18/Out/2020).
44. World Health Organization. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821> (acessado em 12/Set/2020).
45. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health* 2011; 9:1.
46. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health* 2020; 18:83.
47. Sacoor S, Chana S, Fortune F. The dental team as part of the medical workforce during national and global crises. *Br Dent J* 2020; 229:89-92.
48. National Health Service. Redeploying the clinical dental workforce to support the NHS clinical delivery plan for COVID-19. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0301-Permissions-Redeploying-our-people-clinical-dental-workforce-v2.pdf> (acessado em 22/Out/2020).
49. Pritchard RI, Scheinberg JHN. Impact of regulatory changes on pharmacist-delivered telehealth during the COVID-19 pandemic. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2020; 60:e76-9.
50. Watkins S, Neubrandner J. Primary-care registered nurse telehealth policy implications. *J Telemed Telecare* 2020; [Online ahead of print].
51. Bachtel MK, Hayes R, Nelson MA. The push to modernize nursing regulations during the pandemic. *Nurs Outlook* 2020; 68:545-7.
52. Larkin Jr. PJ. COVID-19 and the provisional licensing of qualified medical school graduates as physicians. *Washington and Lee Law Review Online* 2020; 76(2). <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/wlulr-online/vol76/iss2/1/>.
53. Reuters. Cuba sends 'white coat army' of doctors to fight coronavirus in different countries. *NBC News* 2020; 14 set. <https://www.nbcnews.com/news/latino/cuba-sends-white-coat-army-doctors-fight-coronavirus-different-countries-n1240028>.
54. Vijayarathi A, Khosa F. Learning from COVID-19: sub-specialty radiologists should maintain general radiology skillset. *Clin Imaging* 2020; 67:192-3.
55. Bhatnagar S, Mehdiratta L, Karthik AR. Corona pandemic: bringing anaesthesiologist's professional role and other skills to the fore. *Indian J Anaesth* 2020; 64 Suppl 2:S87-90.
56. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Resolução CRO-MG nº 009/2020. Dispõe sobre autorização para execução de teste e leitura dos resultados para diagnóstico da COVID-19 e assinatura de laudos por cirurgiões-dentistas inscritos no CRO-MG. [http://transparencia.cromg.org.br/baixar\\_documento/17890](http://transparencia.cromg.org.br/baixar_documento/17890) (acessado em 20/Fev/2021).

57. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União 2020; 16 abr.
58. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR. [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf) (acessado em 20/Fev/2021).
59. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-228/2020. Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020. <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/9fb935f04d1b8e4d8eed246b9e82aa0f.pdf> (acessado em 20/Fev/2021).
60. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 634/2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020\\_78344.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html) (acessado em 20/Fev/2021).
61. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. Portaria nº 639, 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-MS-639-2020-03-31.pdf> (acessado em 20/Fev/2021).
62. Programa Mais Médicos. Editais Abertos. <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores> (acessado em 13/Ago/2021).
63. Girardi S, Carvalho CL, Araujo JF, Wan Der Maas L. Mercado de trabalho médico escassez e desigualdades na distribuição da força de trabalho no Brasil. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
64. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2020.
65. Leite SN, Martini JG, Heidemann I, Vertdi M, Hellmann F, Vásquez MF. Management of the health workforce in facing COVID-19: disinformation and absences in Brazil’s public policies. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:1873-84.
66. Brasil. Lei nº 14.040, de 18 de agosto de 2020. Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009). Diário Oficial da União 2020; 18 ago.

## Abstract

COVID-19 was declared a pandemic by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020. Given its rapid spread, governments, communities, and health services are having to act with the same speed to expand their health workforce capacity. Based on the scoping review method, this study aimed to identify the principal strategies related to measures for flexibilization of regulations on healthcare workers' practices that have been adopted and/or recommended internationally. The study followed the stages proposed by the Joanna Briggs Institute. The research question was developed with the PCC method (population, concept, and context). Searches were performed in PubMed, Scopus, WHO Database, and the gray literature. A total of 36 documents were identified, classified in the following strategies: (1) expansion of scope of practice; (2) shifting of roles from one professional category to another; (3) authorization for patient care and billing via telemedicine; (4) licensing and recruitment of idle workers; (5) recruitment of workers from other regions/states; and (6) changes in basic training and supply of new training. One of the most important strategies in response to health workforce shortages has been the willingness to adapt, expand, and redistribute workers' activities to deal with rapid changes. This review reflects the importance of reforms in workforce regulation to optimize the existing health workforce so that it can meet the population's constant needs and demands.

COVID-19; Pandemics; Health Workforce; Professional Competence

## Resumen

La COVID-19 fue clasificada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. Ante su acelerada propagación, gobernantes, comunidades y servicios de salud están teniendo que actuar a la misma velocidad para ampliar la capacidad de la fuerza de trabajo en salud. Este estudio tuvo como objetivo, a partir del método revisión de alcance, identificar las principales estrategias relacionadas con medidas de flexibilización de regulaciones que rigen las prácticas de profesionales de salud que vienen siendo adoptadas y/o recomendadas internacionalmente. El estudio siguió las etapas propuestas por parte del Instituto Joanna Briggs. Para la construcción de la cuestión de investigación, se utilizó el método PCC (población, concepto y contexto). La búsqueda se basó en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Base de Datos de la OMS; y en la literatura gris. Se identificaron 36 documentos, clasificados en las siguientes estrategias: (1) ampliación de ámbito de práctica; (2) transferencia de funciones de una categoría profesional a otra; (3) autorización para atención y facturación vía telemedicina; (4) permisos y reclutamiento de profesionales no activos; (5) reclutamiento de profesionales de otras regiones/estado; (6) cambios en la formación y oferta de entrenamiento. Una de las estrategias más importantes en respuesta a situaciones de escasez de profesionales de salud ha sido la disponibilidad para adaptar, ampliar y redistribuir las actividades de los profesionales, de modo que atienda a cambios rápidos. Esta revisión refleja la importancia de que se realicen reformas en las regulaciones profesionales, de forma que se optimice la fuerza de trabajo en salud existente para que esta pueda atender a las demandas de necesidades constantes de la población.

COVID-19; Pandemias; Fuerza Laboral en Salud; Competencia Profesional

---

Recebido em 08/Mai/2021  
Versão final reapresentada em 24/Set/2021  
Aprovado em 04/Nov/2021