

### Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade?

How are factors as scope of professional practices, education and title of Family and Community doctors related? (abstract: p. 16)

¿Cómo se relacionan el alcance de prácticas profesionales, la formación y la titulación de médicos de Familia y Comunidad? (resumen: p. 16)

**Roberto Ribeiro Maranhão<sup>(a)</sup>**

<pesquisadoroberto@gmail.com> 

**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto<sup>(b)</sup>**

<ivana.barreto@fiocruz.br> 

**Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>(c)</sup>**

<odorico.andrade@fiocruz.br> 

**Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer<sup>(d)</sup>**

<anya.vieira@fiocruz.br> 

**Antônio Leonel de Lima Júnior<sup>(e)</sup>**

<antleonel@hotmail.com> 

<sup>(a, e)</sup> Estratégia Saúde da Família, Prefeitura de Fortaleza. Rua São José, 1, Centro. Fortaleza, CE, Brasil. 60060-170.

<sup>(b, c, d)</sup> Fundação Oswaldo Cruz. Eusébio, CE, Brasil.

O objetivo desta pesquisa foi analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza-Ceará e suas relações com a formação e titulação em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Foi realizado um estudo transversal de abril a novembro de 2018, aplicando-se formulário semiestruturado para 263 médicos, contendo 38 atribuições entre ações, atividades e procedimentos da Medicina. Destacou-se uma maior abrangência dos escopos entre médicos com formação no exterior e com formação específica em MFC, sendo a dupla qualificação da residência médica com a titulação fator de maior impacto. Os médicos declaram saber fazer um número de atividades, ações e procedimentos superior ao que de fato realizam.

**Palavras-chave:** Escopo de prática. Estratégia Saúde da Família. Recursos humanos. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

## Introdução

As políticas públicas de saúde no Brasil historicamente têm sido renovadas e repensadas com intuito de aprimorar os processos de atenção e cuidado à população; contudo, o subfinanciamento crônico e a complexidade da gestão interfederativa do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros fatores, impedem a concretização de seus princípios<sup>1</sup>. Dentro de uma análise do mais recente projeto de grande impacto na saúde pública brasileira – Programa Mais Médicos (PMM)<sup>2,3</sup> – Pinto e colaboradores trazem que, antes da implementação do projeto, a cobertura da ESF no Brasil vinha aumentando na ordem de apenas 1,5% ao ano<sup>4</sup>. Essa análise traz um cenário numérico preocupante, uma vez que a carência na cobertura traz inúmeras dificuldades para que se constitua qualquer tipo de cuidado nos moldes da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>5</sup>. Contudo, há também que se considerar como o trabalho dos profissionais é feito e se atende às demandas da sociedade e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>6,7</sup>, o que pode ser verificado por meio de estratégias de avaliação e incentivos, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>8</sup>. Entretanto, o PMAQ-AB enfoca o trabalho da equipe, sendo o escopo de práticas específico de cada categoria profissional outra dimensão importante a avaliar.

O escopo de prática é “o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional”, conforme referem Girardi *et al.*<sup>9</sup> (p. 2740). Esse conceito aponta uma dimensão importante para a operacionalização da APS<sup>9</sup>. Em artigo de Newton<sup>10</sup>, expressa-se o que se deve considerar com relação ao escopo da prática dos médicos de família: saber exatamente o que fazem e como isso varia de acordo com a região e com as características do médico, como a faixa etária e o sexo. No Brasil, Vilaça chama a atenção para a necessidade de ampliar o escopo de práticas na APS para garantir atenção adequada às condições crônicas<sup>11</sup>.

Para pensar sobre escopo de prática, é preciso entender a dimensão do contexto da MFC no que tange à sua formação. No Brasil, a MFC representa um título de especialista que apenas pode ser conferido ao profissional médico que tenha se submetido à prova de títulos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ou que tenha passado por processo formativo de residência médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)<sup>12</sup>. Esse modelo de especialização em Medicina de Família também está presente em outros países<sup>13</sup>. Além disso, há que se destacar a residência médica em MFC como mecanismo de formação mais adequado para atuação dos profissionais na ESF<sup>14-16</sup> e com potencial para ampliação do escopo de práticas do médico atuante na APS.

A fim de resgatar a premissa que incumbe à APS a resolução de 80% dos problemas de saúde da população<sup>17</sup>, há que se propor novos avanços na forma de atuação representada pela ESF. É fato que houve uma estagnação da cobertura da ESF provocada pelas limitações na fixação de profissionais médicos e pela própria escassez destes<sup>4,18-20</sup>. Há, contudo, que se pensar na qualidade da assistência prestada de acordo com as capacidades de atuação de cada categoria componente da APS. É nesse âmbito que se insere a discussão do escopo de prática<sup>9</sup>.

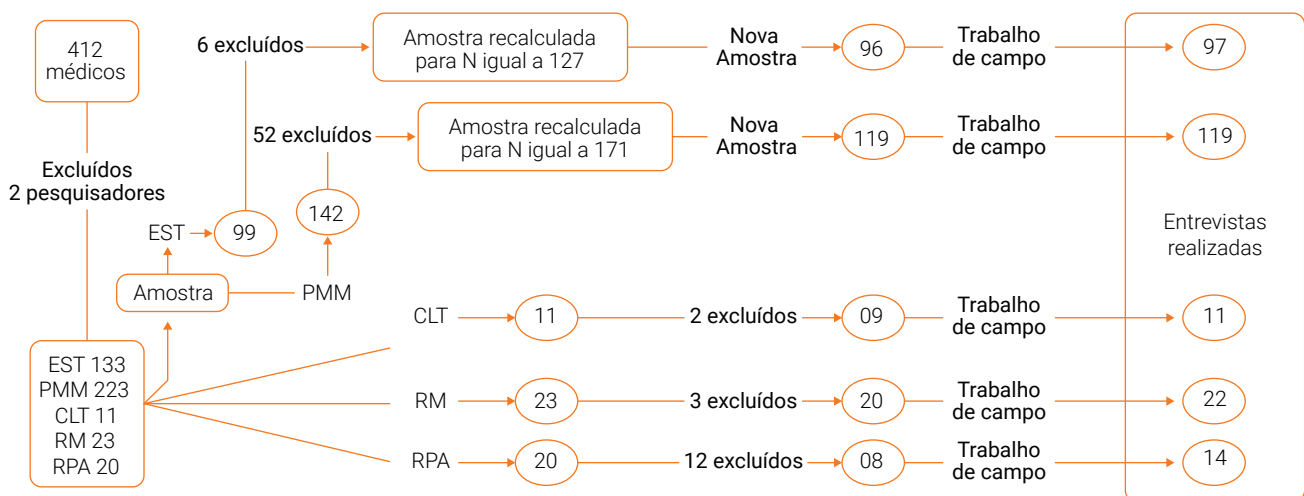
Existe uma relação direta entre a qualidade dos serviços de saúde, desde o aspecto da saúde pública até o atendimento médico-paciente, e o escopo de prática dos médicos que atuam na APS<sup>9,13-16</sup>. Essa relação pode ainda não estar bem caracterizada, uma vez que os estudos nesse tema ainda são recentes e, considerando o cenário brasileiro, escassos.

Estudos que visem analisar o escopo de práticas de profissionais da saúde podem, portanto, trazer opções para diversos campos das políticas públicas. O presente estudo tem por objetivo analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na ESF da cidade de Fortaleza, no Ceará, e suas relações com a formação e titulação em MFC.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo transversal<sup>21</sup> sobre o escopo de práticas profissionais de médicos da ESF do município de Fortaleza, realizado por meio da aplicação de um formulário semiestruturado, de abril a novembro de 2018. Fortaleza é a quinta capital do país e a segunda no Nordeste em número de habitantes<sup>22</sup>. No ano de 2018, apresentava uma cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família inferior a 50%, segundo dados do Ministério da Saúde<sup>23</sup>, e uma razão de 0,16 médicos da ESF por mil habitantes, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) e pelo Censo de 2010<sup>22</sup>.

A população do estudo é composta pelos médicos da ESF de Fortaleza. O quantitativo de representação dessa população foi organizado por vínculo com a SMSF, a saber: 11 celetistas, 134 estatutários (concurso público), 224 do Programa Mais Médicos, 23 da residência médica e vinte no grupo de contratação temporária (Recibo por Pagamento Autônomo), totalizando 412 profissionais. Neste artigo, esses grupos serão chamados por suas abreviações, respectivamente: CLT, EST, PMM, RM e RPA. A figura 1 mostra de forma sintetizada como foi o fluxo da pesquisa desde o total populacional até o número final de profissionais entrevistados. É possível observar que os dois pesquisadores foram excluídos, visto que também eram entrevistadores (um do grupo EST e outro do PMM).



**Figura 1.** Fluxograma da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os autores definiram que os grupos minoritários seriam entrevistados em sua totalidade, o que incluiu os CLT, RM e RPA, e que os grupos com quantitativo maior de profissionais seriam entrevistados considerando-se um cálculo amostral.

A estratificação da amostra por forma de contratação se deu em razão de ser este o critério de classificação utilizado nas listagens obtidas da SMSF, representando regimes diferentes de trabalho. Há ainda referências que apontam possível associação entre escopo de práticas e formas de pagamento<sup>24</sup>, mesmo não sendo este o enfoque deste artigo. O cálculo amostral para os estratos EST e PMM foi feito por meio da definição de amostra para populações finitas, sendo utilizados intervalo de confiança (IC) 95%, P = 50%, Q = 50% e erro amostral de 5%. Os profissionais que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados e os com menos de seis meses de atuação foram excluídos. O critério de seis meses foi definido como um mínimo necessário para que os profissionais pudessem ter condições de avaliar seu trabalho em relação à atuação no cenário da ESF.

O grupo definiu que a metodologia de abordagem aos profissionais seria pela visita às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, iniciando por aquelas em que estavam lotados os médicos dos grupos menores (RM, CLT e RPA). Para atingir a amostra calculada de profissionais, foi necessário a visita de 98 do total de 111 UAPS de Fortaleza.

O instrumento de pesquisa é composto por seis blocos de variáveis: I) Dados sociodemográficos, II) Práticas consideradas comuns aos profissionais da ESF, III) Práticas específicas do médico da ESF, IV) Caracterização do trabalho e situação empregatícia, V) Itinerário Formativo e VI) Colaboração interprofissional. Neste artigo, analisaram-se as variáveis sociodemográficas, as práticas específicas do médico e as relativas ao itinerário formativo.

Para investigação do escopo de práticas específicas dos médicos de família, utilizou-se como referência o estudo de Girardi *et al.*<sup>9</sup>, que, por sua vez, utilizou como fonte protocolos do Ministério da Saúde, consulta a especialistas e a literatura internacional. Das práticas relacionadas no estudo de Girardi *et al.*<sup>9</sup>, foram excluídas algumas, como atenção ao parto vaginal, que não se aplicavam ao contexto da rede de saúde de Fortaleza. Foram também adicionadas outras práticas propostas por preceptores da residência de MFC de Fortaleza, totalizando 38 ações e procedimentos.

Para cada prática proposta, também era indagado o nível de confiança em desempenhá-la (baixa, média ou alta) e a principal forma de aprendizado, na qual as opções eram: 1 – Sozinho, 2 – Com outro profissional de nível superior, 3 – Com outro profissional de nível médio/técnico (como agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem), 4 – Graduação, 5 – Curso de capacitação do seu trabalho, 6 – Curso de aperfeiçoamento, 7 – Especialização, 8 – Residência e 9 – Mestrado/doutorado.

Considerou-se formação em MFC a realização de residência médica na especialidade, em virtude de constituir-se na formação em serviço com supervisão por no mínimo dois anos, e ser considerada padrão ouro na formação médica<sup>12,13</sup>. Considerou-se como titulação em MFC os médicos que foram aprovados em provas de título promovida

pela SBMFC<sup>12</sup>. O mesmo critério foi utilizado para profissionais formados no Brasil e no exterior. No formulário, a mesma pergunta era feita para brasileiros e estrangeiros a respeito da residência médica em MFC e a titulação em MFC pela SBMFC.

Os dados foram tabulados no EpiData e analisados por meio do *software* SPSS versão 23. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas média, desvio padrão e quartis. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação do número de procedimentos realizados pelos profissionais e demais variáveis do estudo foi realizada por meio dos testes de Mann-Whitney quando a variável apresentou duas categorias e Kruskal-Wallis para mais de duas categorias. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%.

As variáveis faixa etária, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e tempo de atuação na equipe foram dicotomizadas segundo a mediana. Houve checagem da qualidade da digitação por revisão de 30% dos registros, selecionados por sorteio.

Os participantes foram convidados a participar de forma livre e voluntária a partir do método descrito da pesquisa. Foram garantidos todos os direitos aos participantes da pesquisa versados nas resoluções 466 de dezembro de 2012 e 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, seus benefícios e potenciais danos por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O projeto obteve anuência da SMSF e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Oswaldo Cruz por meio do parecer de número 1.159.936 de 2016.

## Resultados

A maioria dos participantes era do sexo feminino (51,3%), com idade inferior a 39 anos (63,5%) e formada no Brasil (89,4%) há menos de dez anos (54,4%); e atuava na ESF por um tempo menor ou igual a seis anos (52,1%) e na mesma equipe por um tempo menor ou igual a dois anos (51,7%) (tabela 1).

Com relação à titulação e à formação após a graduação, 12,9% (34 participantes) possuíam exclusivamente título em MFC, enquanto outros 10,3% (27 participantes) possuíam exclusivamente a residência médica em MFC. Havia 9,5% (25 participantes) que possuíam ambas qualificações. A grande maioria (67,3%), portanto, não possuía uma qualificação específica na área de MFC.



**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	135	51.3
Masculino	128	48.7
<b>Faixa etária</b>		
De 24 a 29	46	17.5
De 30 a 39	121	46.0
De 40 a 49	59	22.4
De 50 a 59	24	9.1
60 ou mais	13	4.9
<b>País de formação</b>		
Brasil	235	89.4
Exterior	28	10.6
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
De 0 a 5	106	40.3
De 6 a 10	37	14.1
De 11 a 15	39	14.8
De 16 a 20	30	11.4
De 21 a 25	22	8.4
26 ou mais	29	11.0
<b>Título de especialista em MFC</b>		
Sim	59	22.4
Não	204	77.6
<b>Residência em MFC</b>		
Sim	52	19,8
Não	211	80,2
<b>Título de especialista ou residência em MFC</b>		
Apenas título de especialista em MFC	34	12.9
Apenas residência em MFC	27	10.3
Título e residência em MFC	25	9.5
Não	177	67.3
<b>Tempo de atuação na ESF</b>		
Menor ou igual a seis anos	137	52.1
Mais de seis anos	126	47.9
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
Menor ou igual a dois anos	136	51.7
Mais de dois anos	127	48.3

Fonte: Elaboração própria a partir da análise de dados da pesquisa.

Todos os profissionais entrevistados (100%) afirmam realizar atendimentos de pessoas com hipertensão e diabetes, e a quase totalidade afirma realizar pré-natal (99,6%) e atendimento a idosos (99,6%). Há ainda mais 12 atribuições cuja frequência de resposta quanto à realização foi superior a 90% e um total de 26 com frequência acima de 50%. Há oito atividades que menos de 10% dos profissionais realizam, entre estas, remoção de lesões de pele (2,3% – apenas seis profissionais) e inserção de DIU (4,6%) – tabela 2.

Das atividades que os médicos declaram saber fazer, destacam-se três em que menos da metade teve frequência abaixo de 50%: acupuntura (10,6%), inserção de DIU (25,9%) e crioterapia para verruga genital (42,6%).

**Tabela 2.** Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam		Sabem fazer	
	n	%	n	%
Hipertensão e diabetes (atendimento)	263	100.0	263	100.0
Pré-natal (atendimento)	262	99.6	263	100.0
Idosos (atendimento)	262	99.6	263	100.0
Micoses superficiais (tratamento)	260	98.9	263	100.0
Epigastralgia/úlcera péptica (tratamento)	257	97.7	262	99.6
Tuberculose (acompanhamento)	256	97.3	262	99.6
Lombalgias (tratamento)	256	97.3	261	99.2
Asma (tratamento)	256	97.3	263	100.0
Anemia (tratamento)	255	97.0	262	99.6
Crianças (atendimento)	254	96.6	262	99.6
IST1 (acompanhamento)	254	96.6	261	99.2
Infecção urinária recorrente (tratamento)	253	96.2	260	98.9
Sinusite recorrente (tratamento)	248	94.3	260	98.9
Saúde mental (acompanhamento)	244	92.8	254	96.6
Câncer de mama (atendimento)	237	90.1	261	99.2
Hanseníase (acompanhamento)	234	89.0	256	97.3
Pré-natal de alto risco (acompanhamento)	231	87.8	253	96.2
Saúde do homem – incluso diagnóstico precoce para câncer de próstata (atendimento)	229	87.1	256	97.3
Recém-nascidos (atendimento)	220	83.7	259	98.5
Puericultura (atendimento)	216	82.1	258	98.1
Planejamento familiar (prescrição e atendimento)	210	79.8	253	96.2
Otoscopia (procedimento)	190	72.2	255	97.0
Puerpério (atendimento)	158	60.1	252	95.8
Cuidados paliativos (acompanhamento)	156	59.3	226	85.9
PVHIV/Aids2 (acompanhamento)	149	56.7	230	87.5
Obesidade (acompanhamento)	149	56.7	215	81.7
Exame ginecológico (atendimento/procedimento)	86	32.7	228	86.7
Remoção de cerume (procedimento)	77	29.3	199	75.7
Oftalmoscopia (procedimento)	70	26.6	193	73.4
Papanicolau (atendimento/procedimento)	30	11.4	226	85.9

Continua.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam		Sabem fazer	
	n	%	n	%
Incisão e drenagem de abscesso (procedimento)	20	7.6	224	85.2
Crioterapia ou terapia química para verruga genital (procedimento)	19	7.2	112	42.6
Inserção de cateter uretral (procedimento)	15	5.7	161	61.2
Suturas (procedimento)	14	5.3	252	95.8
Acupuntura (procedimento)	13	4.9	28	10.6
Inserção de DIU (atendimento/procedimento)	12	4.6	68	25.9
Inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica (procedimento)	10	3.8	135	51.3
Remoção de lesões na pele (procedimento)	6	2.3	170	64.6

1. IST: Infecções sexualmente transmissíveis.

2. PVHIV/Aids: Pessoa vivendo com HIV/Aids.

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados da pesquisa.

Dentro das atribuições (procedimentos, atividades e ações de saúde) específicas da profissão médica, a mediana de realização foi de 24, de um total de 38 listadas. O valor apresenta diferença significativa ( $p < 0.001$ ) quando comparado à mediana das atribuições que os profissionais declaram saber fazer, que foi de 33.

Ao se analisar a forma como as características dos participantes se correlacionam com a realização das atribuições (tabela 3), o local de formação e suas características relacionadas exercem impacto estatisticamente significativo. Os médicos formados no exterior relataram fazer uma média de 25,5 atribuições, enquanto os formados no Brasil, uma média de 23,9, sendo o valor de  $p = 0,012$ . Ser formado no exterior e possuir formação especializada em MFC e título de especialista em MFC estão relacionados à realização de maior número de atribuições.

Com relação às atribuições que os profissionais declaram saber fazer, os médicos do sexo masculino declararam saber fazer maior número de atribuições ( $p = 0,001$ ). As características relacionadas à formação não tiveram impacto significativo na realização de fato das atribuições.



**Tabela 3.** Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p
<b>Sexo</b>				0.223 <sup>1</sup>			0.001 <sup>1</sup>
Feminino	135	24.4 ± 3.1	24.0 (22.0 - 26.0)		32.3 ± 3.0	33.0 (30.0 - 35.0)	
Masculino	128	23.7 ± 3.7	24.0 (21.5 - 26.0)		33.3 ± 3.4	34.0 (31.5 - 35.0)	
<b>Faixa etária<sup>2</sup></b>				0.847 <sup>1</sup>			0.216 <sup>1</sup>
Menor ou igual a 37 anos	142	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 37 anos	121	24.0 ± 3.5	25.0 (22.0 - 26.0)		32.5 ± 3.5	33.0 (31.0 - 35.0)	
<b>Local de formação</b>				0.012 <sup>1</sup>			<0.001 <sup>1</sup>
Brasil	235	23.9 ± 3.4	24.0 (22.0 - 26.0)		32.6 ± 3.3	33.0 (31.0 - 35.0)	
Exterior	28	25.5 ± 3.2	26.0 (23.5 - 28.0)		34.7 ± 2.1	35.0 (33.5 - 36.5)	
<b>Tempo de graduação<sup>2</sup></b>				0.635 <sup>1</sup>			0.613 <sup>1</sup>
Menor ou igual a 9 anos	138	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.0 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 9 anos	125	24.1 ± 3.5	24.0 (22.0 - 26.0)		32.6 ± 3.6	33.0 (31.0 - 35.0)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				0.604 <sup>1</sup>			0.190 <sup>1</sup>
Apenas título de especialista em MFC	34	23.9 ± 3	24 (22 - 26)		32.1 ± 3.2	32 (29 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
<b>Formação e titulação em MFC</b>				0.321 <sup>1</sup>			0.560 <sup>1</sup>
Apenas residência em MFC	27	24.4 ± 3	25 (22 - 27)		33.1 ± 3.2	33 (32 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
<b>Formação e titulação em MFC</b>				<0.001 <sup>1</sup>			0.157 <sup>1</sup>
Título e residência e MFC	25	26.6 ± 2.6	26 (26 - 28)		33.9 ± 2.6	34 (31 - 36)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	

Continua.

**Tabela 3.** Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação e de tempo de trabalho de médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N = 263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				0.003 <sup>1</sup>			0.929 <sup>1</sup>
Título + residência e título	59	25.1 ± 3.1	26 (23 - 27)		32.8 ± 3.1	33 (31 - 35)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
<b>Formação e titulação em MFC</b>				<0.001 <sup>1</sup>			0.188 <sup>1</sup>
Residência + residência e título	52	25.5 ± 2.9	26 (23 - 28)		33.5 ± 2.9	33.5 (32 - 35.5)	
Sem título ou residência	177	23.7 ± 3.5	24 (22 - 26)		32.7 ± 3.3	33 (31 - 35)	
<b>Tempo de atuação na ESF<sup>2</sup></b>				0.410 <sup>1</sup>			0.207 <sup>1</sup>
Menor ou igual a 6 anos	137	24.0 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.2 ± 2.8	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 6 anos	126	24.2 ± 3.5	25.0 (22.0 - 26.0)		32.4 ± 3.6	33.0 (31.0 - 35.0)	
<b>Tempo de atuação na equipe<sup>2</sup></b>				0.399 <sup>1</sup>			0.183 <sup>1</sup>
Menor ou igual a 2 anos	136	24.0 ± 3.1	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
Maior que 2 anos	127	24.1 ± 3.7	25.0 (22.0 - 27.0)		32.5 ± 3.5	33.0 (31.0 - 35.0)	

1. Teste de Mann Whitney.

2. Dados dicotomizados segundo valor da mediana. Grifo em negrito em todas as análises que apresentaram diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados da pesquisa.

Quanto à principal forma de aprendizado dos procedimentos, atividades e ações, observou-se, de um modo geral, a prevalência da resposta graduação em todas as 38 atribuições (100%), portanto, a graduação aparece como primeira forma de aprendizado. A residência médica surge como segunda forma de aprendizado (86,8% – em 33 atribuições) e o aprendizado sozinho (68,4% – em 26 atribuições) como terceira forma.

## Discussão

Este trabalho procurou analisar as práticas dos médicos da ESF de Fortaleza, investigando sua abrangência e procurando identificar e mensurar a influência de variáveis sociodemográficas e de formação profissional no conhecimento e na realização das atividades vinculadas na APS.

Assim como em diversos outros estudos, aqui se identificou a feminilização na área da saúde<sup>25</sup>. Diferentemente do que se observou no estudo de Girardi *et al.*<sup>9</sup>, não houve aqui uma diferença significativa entre sexos na realização de procedimentos, atividades e ações. Contudo, assim como no estudo de Girardi *et al.*<sup>9</sup>, observou-se influência do gênero no número de procedimentos, atividades e ações que os profissionais dizem saber fazer, no qual mulheres apresentaram menores valores que os homens. Dessa forma, permanece a necessidade de existir uma melhor análise sobre a influência que o gênero pode ter sobre o escopo de prática, sobretudo nas causas que fazem mulheres informarem saber fazer menos que os homens.

Vários fatores não influenciaram o escopo de prática dos profissionais como era de se esperar. Não foi evidenciada diferença estatística na faixa etária, no tempo de graduação e no tempo de atuação na ESF. Estudos em que foi possível se observar influências desses fatores sobre o escopo de práticas, maior tempo de atuação e formação atrelada à APS não se relacionou a um escopo ampliado<sup>9,26-29</sup>. É preciso, contudo, contextualizar a realidade brasileira quando se estabelece comparação a estudos internacionais no que tange à formação em MFC<sup>30</sup> e entender que não é necessariamente ruim haver um escopo de prática menor que o padrão mais abrangente<sup>9</sup>, desde que se dialogue com as necessidades reais da comunidade em que se pretende prestar atendimento<sup>31</sup>.

A importância da graduação para aquisição de práticas necessárias na atenção primária foi um dos resultados do estudo, o que leva os autores a elaborarem a hipótese de que essa evidência esteja associada às mudanças que vêm ocorrendo nos cursos de Medicina a partir das reformas desencadeadas pelas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014)<sup>32</sup>.

Por fim, cabe destacar que a residência médica em MFC tem papel estruturante dentro do fortalecimento da APS<sup>13-16</sup>. No presente estudo, os médicos com residência em MFC e título de especialista em MFC relataram saber fazer um percentual maior de procedimentos que os demais participantes, sugerindo que a especialização por meio da RMFC e a participação na SBMFC favorecem a ampliação do escopo de práticas.

No artigo de referência de Girardi *et al.*<sup>9</sup>, não foi observada uma diferença significativa na realização de um escopo mais abrangente naqueles profissionais que possuíam título de especialista; contudo esta pesquisa não levou em consideração especificamente a área da MFC, abrangendo uma série de formações que foram consideradas em conjunto. Portanto, a não ocorrência dessa influência na referida pesquisa não estabelece uma contradição quanto à importância que a especialidade possa exercer.

O fazer profissional dos médicos de família é fundamental para sua formação<sup>10</sup>. Nesse sentido, a análise das diversas práticas feitas neste estudo implica em oportunidades que possam direcionar a formação nos mais diversos cenários.

Como já mencionado, existe uma diferença significativa entre as práticas realizadas pelos profissionais e aquelas que eles declaram serem capazes de fazer. Isso significa que existe a possibilidade real de ampliar o escopo de prática dos profissionais por meio de ações que lhes permitam executar aquilo que sabem fazer.

Algumas atribuições têm aspectos muito práticos. Como destaque, pode-se citar a remoção de lesões de pele praticada por apenas 2,3% dos entrevistados, mas que 64,6% sabem fazer. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em ambos os sexos, com estimativa de mais de 160 mil casos para o biênio 2018-2019<sup>33</sup>. O atraso no diagnóstico é um dos fatores que mais implicam em desfechos desfavoráveis, sendo a atuação de detecção uma tarefa eminentemente da Atenção Primária<sup>34-36</sup>. Outros procedimentos também têm o potencial de terem suas práticas ampliadas, uma vez que a maioria dos médicos relata capacidade em executá-los, como mostra a tabela 3.

Os resultados obtidos na pesquisa feita com os médicos e médicas da ESF de Fortaleza corrobora diversos aspectos do estudo de Girardi *et al.*<sup>9</sup>. Os elementos a serem discutidos podem contribuir e somar à intenção de construção de uma escala nacional para avaliação do escopo de prática dos médicos brasileiros<sup>9</sup>. O uso de escalas já ocorre internacionalmente e tem a vantagem de possibilitar análises comparativas ao longo tempo, como tem sido feito pelo American Board of Family Medicine (ABFM)<sup>28,37,38</sup>.

## Conclusão

Destaca-se a importância da graduação para aquisição de práticas necessárias na APS. Entretanto, sabemos que apenas as mudanças na graduação são insuficientes para consolidar a adesão dos médicos à Medicina de Família, pois estudos evidenciam<sup>4,10,16,26-28</sup> que a residência médica é o fator mais importante para definição da especialidade, assim como do espaço geográfico no qual o médico estabiliza sua carreira. Na presente pesquisa, evidenciou-se a residência em MFC e a titulação na especialidade como fatores de expansão do escopo de práticas do médico da ESF de Fortaleza.

Os profissionais com formação no exterior realizam um número maior de atribuições do que aqueles formados no Brasil, sugerindo que, em outros países, a formação para Atenção Primária possui maior abrangência<sup>13</sup>. Fatores sociodemográficos e relativos a tempo de formação e atuação na ESF não tiveram relevância para uma maior abrangência de escopo. Contudo, de modo geral, os médicos realizam um menor número de atribuições do que declaram serem capazes de fazer.

Esta pesquisa conseguiu coletar um vasto banco de dados que neste recorte não foi possível ser integralmente abordado. Uma apresentação mais ampla envolvendo também a análise de atribuições comuns aos profissionais da ESF foi feita em dissertação de mestrado e deverá ser alvo de futuras publicações. Entende-se que a pesquisa tem fatores limitantes, alguns pontuados ao longo deste artigo e outros relacionados à fidedignidade, ao entendimento de todos os aspectos abordados pelo instrumento com os participantes e à sua limitação geográfica.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Fruto do trabalho de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), este trabalho contou com amplo apoio de profissionais que atuaram desde a concepção, como é o caso dos colegas da turma do Ceará, até sua execução na coleta de dados. Nosso agradecimento, portanto, vai para todos que atuam na SMSF – em especial, para a equipe que faz suporte aos programas de provimento como o PMM, especialmente Vicente Bezerra de Araújo –; para toda a equipe da Fiocruz no Ceará, no Rio de Janeiro e em todas as instituições que sediaram a primeira turma ProfSaúde; e a um grupo de apoio que contribuiu enormemente na coleta de dados, formado, em sua maioria, por estudantes de Medicina de Fortaleza de várias instituições: Alana Edla Pereira Cajazeiras, Ana Carmem Almeida Ribeiro Maranhão, Ariane Rocha Coutinho, Douglas Gonçalves Madeira, Geísa Costa Oliveira de Medeiros Santana, Helena Dias Pereira, João Igor Silva Matos, José Ayrton Carlos de Neves Filho, Joyce Maia Malheiro Rodrigues, Letícia Queiroz Medeiros e Marina Santos Carvalho.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019; 394(10195):345-56. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
3. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178236>.
4. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.



6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de Outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
9. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2739-48. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>.
10. Newton WP. Family physician scope of practice: what it is and why it matters. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(6):633-4. Doi: <https://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110262>.
11. Mendes EV. A crise fundamental do SUS. O conceito de condições crônicas. In: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. p. 31-46.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.148/2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades, composta pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. *Diário Oficial da União*. 3 Ago 2016; sec. 1, p. 99.
13. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health*. 2012; 102(8):e13-22. Doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300822>.
14. Campos CEA, Izecksohn MMV. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev APS*. 2010; 13(2):148-55.
15. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(40):1-5.
16. Soares RS, Oliveira FP, Melo Neto AJ, Barreto DS, Carvalho ALB, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(40):1-8. Doi: [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629).
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
18. Junqueira D. Xingu sofre apagão médico e três crianças indígenas morrem em 11 dias [Internet]. São Paulo: UOL; 2019 [citado 24 Ago 2019]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2019/06/02/falta-medicos-parque-xingu.htm>
19. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009; (44):13-24.
20. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM. Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM; 2012.



21. Tatagiba AB, Creswell, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 296 páginas, 2010. *Cad Ling Soc.* 2012; 13(1):205-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.26512/les.v13i1.11610>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico - 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
24. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician.* 2010; 56(6):219-25.
25. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2014; 12:32. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-32>.
26. Coutinho AJ, Cochrane A, Stelter K, Phillips Jr RL, Peterson LE. Comparison of intended scope of practice for family medicine residents with reported scope of practice among practicing family physicians. *JAMA.* 2015; 314(22):2364-72. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13734>.
27. Jordan J, Brown JB, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician.* 2003; 49:1131-7.
28. Peterson LE, Blackburn B, Peabody M, O'Neill TR. Family physicians' scope of practice and American Board of Family Medicine recertification examination performance. *J Am Board Fam Med.* 2015; 28(2):265-70. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.02.140202>.
29. Weidner AKH, Phillips Jr RL, Fang B, Peterson LE. Burnout and scope of practice in new family physicians. *Ann Fam Med.* 2018; 16(3):200-5. Doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2221>.
30. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 25 de Maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: CNRM; 2015 [citado 20 Fev 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category\\_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192)
31. Reitz R, Horst K, Davenport M, Klemmetsen S, Clark M. Factors influencing family physician scope of practice: a grounded theory study. *Fam Med.* 2018; 50(4):269-74. Doi: <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.602663>.
32. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2014 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
33. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018 - Incidência de Câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [citado 24 ago 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>



34. Espósito ACC, Campos EBP, Marques MEA, Marques AS, Abbade LPF, Stolf HO. Fatores que levam a negligência quanto aos cânceres de pele não melanoma. *Diagn Tratamento*. 2017; 22(2):63-6.
35. Martinez JC, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(12):1253-65. Doi: <https://doi.org/10.4065/76.12.1253>.
36. Setälä L, Kemppainen T. Stanssibiopsia ihokasvainten diagnostiikassa. *Duodecim*. 2012; 128(1):81-7.
37. Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. *BMC Fam Pract*. 2015; 16:161. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0357-z>.
38. O'Neill T, Peabody MR, Blackburn BE, Peterson LE. Creating the Individual Scope of Practice (I-SOP) scale. *J Appl Meas*. 2014; 15(3):227-39.

---

The objective of this research was to analyze the scope of practice of doctors who work in the Family Health Strategy in the Brazilian city of Fortaleza, state of Ceará, and its relations with Family and Community Medicine education and title. A transversal study was conducted from April to November 2018 applying a semistructured form to 263 doctors with 38 attributions among medical actions, activities, and procedures. The scopes had a greater coverage among doctors with overseas education and specific Family and Community Medicine education. The double qualification of medical residency and title was the factor with the greatest impact. Doctors declared knowing how to work with a higher number of activities, actions, and procedures than the one they indeed knew how to do.

**Keywords:** Practice scope. Family Health Strategy. Human Resources. Primary Health Care. Family and Community Medicine.

---

El objetivo de esta encuesta fue evaluar el alcance de la práctica de los médicos que actúan en la Estrategia Salud de la Familia en Fortaleza (Estado de Ceará) y sus relaciones con la formación y titulación en Medicina de Familia y Comunidad (MFC). Se realizó un estudio transversal de abril a noviembre de 2018, aplicándose un formulario semiestructurado a 263 médicos, conteniendo 38 atribuciones entre acciones, actividades y procedimientos de la medicina. Se subrayó una mayor amplitud de los alcances entre médicos con formación en el exterior y con formación específica en MFC, siendo la doble calificación de la residencia médica con la titulación el factor de mayor impacto. Los médicos declaran que saben hacer una serie de actividades, acciones y procedimientos superior al que de hecho realizan.

**Palabras clave:** Alcance de práctica. Estrategia Salud de la Familia. Recursos Humanos. Atención Primaria de la Salud. Medicina de Familia y Comunidad.

Submetido em 09/10/19.  
Aprovado em 04/07/20.