

Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados

Assessment of the scope of practice of physicians participating in the *Mais Médicos* (More Doctors) Program, and associated factors

Sábado Nicolau Girardi¹
 Cristiana Leite Carvalho¹
 Célia Regina Pierantoni²
 Juliana de Oliveira Costa¹
 Ana Cristina de Sousa van Stralen¹
 Thaís Viana Lauer¹
 Renata Bernardes David¹

Abstract *The purpose of this study was to characterize the scope of practice of physicians working in primary healthcare participating in the Mais Médicos (More Doctors) Program ('PMM') and investigate the factors associated with execution of a larger number of clinical activities. It is an exploratory study carried over January to March 2016, through a self-applied questionnaire containing a list of 49 procedures, activities and actions carried out in primary healthcare. A total of 1,241 physicians took part in the study, most of them female, between age 40 and 49, and of Cuban nationality. The physicians carried out an average of 22.8 ± 8.2 procedures; they reported knowing how to carry out a larger number of procedures. Factors associated with executing a larger number of procedures were: being male, having graduated more recently, two years or less practicing in their primary healthcare unit, practicing in the North or South geographical regions, in small towns and more distant from the regional health headquarters. The main reason for not carrying out the procedures and activities that they reported knowing how to do was the lack of materials and inadequate infrastructure. The results show that the scope of practice of the physicians of the PMM is lower than their capacities, and that interventions with the intention of widening their scope are necessary.*

Key words *Mais Médicos Program, Human resources, Primary healthcare*

Resumo *O objetivo deste estudo foi caracterizar o escopo de prática de médicos inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS), participantes do Programa Mais Médicos (PMM) e investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas. Trata-se de um estudo exploratório transversal realizado entre janeiro e março de 2016, por meio de questionário autoaplicável, contendo uma lista de 49 procedimentos, atividades e ações realizadas na APS. Participaram do estudo 1.241 médicos, a maioria do sexo feminino, entre 40-49 anos de idade, de nacionalidade cubana. Os médicos realizaram uma média de $22,8 \pm 8,2$ procedimentos, porém, relataram saber fazer um número maior. Fatores associados à realização de maior número de procedimentos foram sexo masculino, menor tempo de graduação, dois anos ou menos de atuação na UBS, atuar na região geográfica Norte ou Sul, em municípios de pequeno porte e mais distantes da sede da região de saúde. O principal motivo para não realizar os procedimentos e atividades que relataram saber fazer foi a falta de materiais e a infraestrutura inadequada. Os resultados revelam que o escopo de prática dos médicos do PMM está abaixo de suas capacidades, sendo necessárias intervenções para o ampliar.*

Palavras-chave *Programa Mais Médicos, Recursos humanos, Atenção primária à saúde*

¹ Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190/7º andar, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.

sabadogirardi@gmail.com
² Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) já dura mais de vinte anos e uma das medidas de sua organização e implementação é o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), procurando atender à população de acordo com as realidades locais. Neste sentido, o escopo de prática de médicos que atuam na APS é crucial para garantir a resolutividade no atendimento das diversas demandas em saúde da população, pois são esses os profissionais que atuam na linha de frente do SUS^{1,2}.

O termo “escopo de prática” é utilizado para descrever o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional³. Os seguintes elementos-chave são considerados para a definição do escopo de prática: (i) atividades autorizadas por lei; (ii) atividades efetivamente realizadas na prática profissional; (iii) treinamento/formação requerida; (iv) critérios para exercer a profissão; e (v) responsabilidade profissional⁴.

Na área da saúde, um profissional com escopo de prática limitado pode aumentar as taxas de referência para redes secundárias e, conseqüentemente, aumentar os custos de saúde, além de restringir o acesso dos usuários aos serviços⁵. Por outro lado, um escopo de prática ampliado pode contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde⁶. Dessa forma, a maneira como o escopo de prática é estabelecido impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços de saúde.

Estudos ressaltam um maior escopo de prática de profissionais de saúde principalmente em áreas rurais, remotas e outros locais com baixa disponibilidade de médicos e de especialistas⁷⁻⁹. Entre profissionais médicos, o escopo ampliado tem sido associado a fatores como sexo, idade, tempo de formação, experiência, localização e acesso à rede secundária⁵.

Os processos de regulação e qualificação da força de trabalho em saúde, junto a reformas nos modelos de prestação de serviços em saúde, principalmente na APS, têm sido apontados como essenciais para proporcionar equidade e qualidade no sistema de saúde^{6,10}, ao procurar enfrentar um problema crônico de vários países, inclusive do Brasil, que é a escassez de profissionais de saúde, com destaque para os médicos¹¹⁻¹³.

Países referências em investigar este problema e propor estratégias para sua solução, a exem-

plo dos Estados Unidos, Canadá e Austrália, vêm utilizando de forma cada vez mais intensa: (i) a ampliação do escopo de prática de profissionais de saúde da APS; (ii) novas profissões, como os assistentes de médicos (*Physician assistants*) e enfermeiras com formação avançada (*Nurse Practitioners*); e, (iii) a transferência de responsabilidades para outras categorias profissionais ou para categorias técnicas – *task shifting*¹⁴⁻¹⁶.

Recentemente, baseado em diversas evidências que apontavam para um quadro de profunda escassez de médicos e má distribuição geográfica^{11,17-20}, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos, que tem como um de seus objetivos centrais diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS, a fim de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Para tanto, um de seus eixos de ação é a provisão emergencial de médicos brasileiros e/ou estrangeiros nessas localidades, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)²¹.

Segundo dados do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), em fevereiro de 2016 havia 14.913 médicos do Programa atuando no Brasil, dos quais 85% eram de origem estrangeira, sendo a grande maioria (75%) cubanos, oriundos de cooperação entre os dois países. A presença desses médicos nas equipes de saúde vem contribuindo para o aumento da oferta de serviços e da capacidade de diagnóstico do território, além de reduzir o tempo de espera do usuário para agendamento de consultas²².

Apesar da importância dos médicos do PMM, pouco se sabe sobre as atividades que estes vêm desempenhando, sendo essas essenciais para a resolutividade dos problemas de saúde da população. Neste sentido, buscou-se caracterizar o escopo de prática de médicos inseridos na APS, participantes do PMM, e os fatores associados à execução de um maior número de atividades clínicas.

Métodos

Este estudo apresenta resultados prévios da pesquisa “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Estação de Trabalho Observa-RH, do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que integram a Rede

de Observatório em Recursos Humanos em Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ.

Trata-se de estudo exploratório, de corte transversal, realizado entre os meses de janeiro e março de 2016, por meio de um questionário autoaplicável, enviado por via eletrônica para uma amostra de médicos participantes do Programa Mais Médicos.

O questionário, elaborado a partir da ferramenta *Survey Monkey*[®], abrangia as seguintes dimensões: perfil sociodemográfico dos médicos, características do trabalho e levantamento do escopo de prática dos profissionais, segundo uma lista previamente elaborada de procedimentos, atividades e ações realizadas por médicos da Atenção Primária em Saúde. A construção do questionário envolveu várias etapas, incluindo a consulta aos protocolos da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), entrevistas com informantes-chave/especialistas e revisão de literatura internacional sobre o escopo de prática de médicos da Atenção Primária^{5,23-29}.

O questionário foi submetido a um pré-teste, realizado com dez médicos que atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de diferentes regiões geográficas do Brasil. Em seguida, foi enviado a um cadastro composto por 17.536 registros de profissionais médicos que participaram de cursos ofertados pelo Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Estes incluíam tanto a Especialização em Saúde da Família, obrigatória aos participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do PMM, quanto os cursos *online* abertos, de curta duração, que abrangem, em sua maioria, temas pertinentes à Atenção Primária em Saúde. A opção por essa base de dados justificou-se pelo grande número de médicos cadastrados e por conter endereços eletrônicos, condição essencial para a viabilização do envio de questionário.

Um total de 3.568 médicos respondeu ao questionário, dos quais 1.241 foram considerados elegíveis para compor a amostra. Utilizou-se como critério de inclusão todos os médicos que atuaram ou atuam no PMM, e que haviam respondido às questões relacionadas aos procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na UBS.

Em relação ao perfil sociodemográfico, foram levantados dados sobre sexo, idade, nacionalidade, país e ano de conclusão da graduação, título de especialista, tempo de experiência na APS e tempo de atuação na UBS em que trabalhava à época de aplicação do questionário. Além desses dados, investigou-se, ainda, o município de loca-

lização da UBS, classificado segundo a sua região geográfica, o porte populacional e a distância, em tempo, até o município sede da região de saúde. Este último foi definido considerando o município de maior hierarquia segundo o Estudo das Regiões de Influência das Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³⁰ e, em caso de equivalência hierárquica, aquele com o maior número de habitantes. A distância, em tempo, foi medida a partir dos municípios sedes (considerando o endereço das respectivas prefeituras), via malha rodoviária, até a localização da prefeitura do município no qual o médico atuava³¹.

Os dados sociodemográficos e os referentes aos escopos de prática (procedimentos, atividades e ações de saúde praticados pelos médicos) foram descritos segundo a distribuição de frequências e medidas de tendência central. As variáveis idade, data de conclusão da graduação e período de atuação na APS e na UBS foram dicotomizadas segundo a mediana. Para comparação de variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney, uma vez que o número de procedimentos, atividades e ações realizados não apresentou distribuição normal. O nível de significância adotado foi de 5%. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o software SPSS 19 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

A maioria dos respondentes era do sexo feminino (52,3%), com idade entre 40 e 49 anos (39,8%), de nacionalidade cubana (73,8%), com graduação no exterior (87,5%), tempo de formação na graduação maior que 15 anos (60,8%) e mais de oito anos de experiência na APS (52,9%) (Tabela 1). Considerando apenas os brasileiros, esse perfil foi diferenciado, com participantes mais jovens (30-39 anos de idade; 54,0%), com menor tempo de formação na graduação (≤ 5 anos; 47,3%), menor tempo de atuação na APS (≤ 8 anos; 79,6%) e menor proporção de graduados no exterior (35,4%).

Quanto ao local de trabalho, a maior parte atuava na UBS à época do preenchimento do questionário, há dois anos ou menos (58,4%), alocada no Nordeste (43,5%) e em capitais e regiões metropolitanas (23,5%), com distância até a sede da região de saúde de no máximo 15 minutos (36,1%) (Tabela 1).

A maioria dos participantes declarou possuir título de especialista (86,6%), obtido por meio de

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Brasil, 2016. N=1.241

Característica	n*	%
Sexo		
Feminino	643	52,3
Masculino	586	47,7
Faixa etária (anos)		
20 a 29	38	3,1
30 a 39	379	30,9
40 a 49	488	39,8
50 a 59	281	22,9
60 ou mais	39	3,3
Nacionalidade		
Brasileira	227	18,5
Cubana	906	73,8
Outras nacionalidades	94	7,7
País de formação		
Brasil	153	12,5
Exterior	1071	87,5
Tempo de graduação (anos)		
0 a 5	139	11,5
6 a 10	186	15,3
11 a 15	150	12,4
16 a 20	170	14,0
21 a 25	309	25,5
26 ou mais	258	21,3
Título de especialista		
Sim	1075	86,6
Não	166	13,4
Tempo de atuação na APS		
≤ 8 anos	582	47,1
> 8 anos	653	52,9
Tempo de atuação na UBS onde trabalha		
≤ 2 anos	719	58,4
> 2 anos	513	41,6
Região geográfica da UBS onde trabalha		
Norte	137	11,0
Nordeste	540	43,5
Sudeste	304	24,5
Sul	183	14,8
Centro-oeste	76	6,1
Porte do município onde trabalha		
Capitais e regiões metropolitanas	292	23,5
Mais de 100 mil habitantes	166	13,4
Mais de 50 até 100 mil habitantes	140	11,3
Mais de 20 até 50 mil habitantes	272	21,9
Mais de 10 até 20 mil habitantes	221	17,8
Até 10 mil habitantes	150	12,1
Distância até a sede da região de saúde		
Até 15 minutos	448	36,1
De 16 a 30 minutos	126	10,2
De 31 a 45 minutos	186	15,0
De 46 a 60 minutos	118	9,5
De 61 a 120 minutos	253	20,4
Mais de 120 minutos	110	8,9

* Excluídos dados faltantes.

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

residência médica, curso de especialização, reconhecimento via sociedade de especialistas e mestrado ou doutorado (Tabela 1). As especialidades relacionadas à atenção primária – Clínica Médica e Medicina da Família e Comunidade ou equivalente – corresponderam a mais de noventa por cento. Entre as especialidades clínicas, Ginecologia/Obstetrícia, Psiquiatria e Pediatria, foram, respectivamente, as mais frequentes.

A descrição da população atendida nas UBS foi obtida a partir do relato dos participantes em relação à demanda acolhida na unidade de saúde em que trabalhavam. A grande maioria dos médicos ($\geq 95\%$) recebia demanda de lactentes e idosos e 87% relatou atender também neonatos. Com relação às condições e aos agravos de saúde dos pacientes, pelo menos 95% dos entrevistados relatou receber demanda de pacientes com diabetes, hipertensão, cardiopatias, gestantes, pacientes com hipertireoidismo, obesidade, câncer, problemas de mobilidade, acamados ou com deficiência física, com sofrimento mental e com problemas respiratórios. Mais de 75% dos médicos entrevistados informou receber também a procura de pacientes com insuficiência renal crônica, em cessação de tabagismo, com doenças endêmicas, dependentes químicos e vivendo com HIV/AIDS.

Entre as situações de vulnerabilidade dos pacientes atendidos, os médicos citaram com maior frequência, possuir entre a população adscrita às UBS, pessoas que vivem em situação de pobreza (75,5%), seguido de pessoas desabrigadas/que vivem nas ruas (23,7%), além de imigrantes (20,6%), populações sazonais (10,6%), pessoas privadas de liberdade (10,3%), indígenas (9,8%), ribeirinhos (9,2%) e quilombolas (7,1%).

Em relação aos procedimentos, atividades e ações, a média de realização pelos médicos do PMM nas UBS foi de $22,8 \pm 8,2$, de um total de 49, aquém daquela que relataram saber fazer ($39,0 \pm 9,1$; $p < 0,001$).

A Tabela 2 apresenta a lista desses procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como o percentual de médicos que indicaram fazê-los nas UBS e o valor relativo àqueles que relataram saber realizá-los. Entre os listados, destacam-se 18 procedimentos cuja frequência de resposta quanto à realização foi superior a 50%, sendo 12 citados por mais de 90% dos profissionais.

Os procedimentos, atividades e ações de saúde que menos de 50% dos médicos relataram saber fazer foram “crioterapia de lesões na pele” e “acupuntura”.

Tabela 2. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na UBS e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer independentemente do local de trabalho. Brasil. N=1.241

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam na UBS		Relataram saber fazer	
	n [*]	%	n [*]	%
Tratamento de anemia	1.215	99,6	1.219	99,9
Tratamento de micoses superficiais	1.219	99,5	1.223	99,8
Tratamento de dermatites	1.214	99,3	1.219	99,8
Tratamento de lombalgias	1.203	98,8	1.213	99,7
Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica	1.205	98,8	1.215	99,6
Tratamento de infecção urinária recorrente	1.206	98,7	1.217	99,6
Tratamento de asma	1.196	98,7	1.209	99,8
Tratamento de sinusite recorrente	1.178	97,0	1.200	98,8
Pré-natal de baixo risco	1.174	96,2	1.217	99,7
Tratamento de rinopatias alérgicas	1.163	95,5	1.186	97,4
Solicitar exame de sangue oculto nas fezes	1.152	95,1	1.204	99,4
Tratamento de otite recorrente	1.148	94,9	1.187	98,1
Queixas de olho vermelho	1.045	87,9	1.139	95,8
Tratamento de feridas superficiais	936	79,5	1.168	99,2
Pré-natal de alto risco	707	59,9	1.076	91,2
Remoção de cerume	660	57,7	1.096	95,9
Injeção intramuscular	654	56,7	1.139	98,7
Injeção subcutânea	617	54,0	1.128	98,8
Queixas de diminuição da acuidade visual (erros de refração, glaucoma, retinopatias e catarata)	566	49,1	791	68,7
Oxigenoterapia	566	49,1	1.116	96,8
Triagem de acuidade visual	530	46,3	895	78,2
Teste de Papanicolau	528	45,3	1.121	96,2
Infiltração de anestésico local	506	44,8	1.096	97,1
Suturas	502	43,5	1.147	99,5
Remoção de corpo estranho do ouvido	478	42,3	1.042	92,2
Incisão e drenagem de abscesso	464	40,7	1.112	97,6
Punção venosa	443	39,5	1.048	93,5
Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades	368	32,9	992	88,7
Imobilização de extremidades feridas	361	32,2	1.054	93,9
Drenagem de paroníquia	346	31,1	964	86,5
Inserção de cateter ureteral	337	29,7	1.028	90,7
Imobilização de fraturas	317	28,3	975	87,1
Remoção de lesões na pele	314	28,2	935	84,0
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	313	27,9	851	75,9
Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores	311	27,9	961	86,2
Remoção de unha encravada	310	27,8	954	85,6
Tratamento de hematoma subungueal	262	23,7	832	75,4
Cauterização de epistaxe	219	19,9	694	63,0
Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica	224	19,6	1.010	88,3
Remoção de molusco contagioso	202	18,3	743	67,3
Eletrocardiograma	177	15,5	943	82,7
Parto normal de baixo risco	151	13,3	1.084	95,2
Remoção de calo doloroso	126	11,5	657	59,9
Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	121	11,0	686	62,4
Remoção de cistos, lipomas e nevos	111	10,1	694	63,2
Acupuntura	84	7,5	528	46,9
Raspagem para determinação de fungo	58	5,3	573	52,2
Parto normal de alto risco	46	4,1	609	54,1
Crioterapia de lesões na pele	42	3,8	468	42,4

Procedimentos em destaque: Mais de 90% dos médicos relatou saber fazer, mas menos de 50% faz na UBS. UBS: Unidade Básica de Saúde. * Excluídos dados faltantes.

Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016)

Entre aqueles procedimentos com maior porcentagem de resposta afirmativa sobre saber fazer (> 90%), destacam-se 10 cuja frequência de realização foi inferior a 50% (grifo na Tabela 2).

O número de procedimentos realizados foi maior entre indivíduos do sexo masculino, com menor tempo de graduação e com mais de dois anos de atuação na UBS em que trabalhava à época em que respondeu ao questionário. Médicos que atuavam nas regiões geográficas Norte e Sul, em municípios de menor porte ou remotos, bem como naqueles mais distantes das sedes regionais de saúde, também apresentaram, em média, maior número de procedimentos realizados (Tabela 3).

Já com relação aos procedimentos que os médicos declararam saber fazer, o padrão observado quanto ao sexo, porte e distância do município foi semelhante àquele observado para os realizados. Entretanto, foi relatado saber fazer maior número de procedimentos por médicos cubanos e de outras nacionalidades, formados no exterior, que possuem título de especialistas, que tinham maior tempo de atuação na APS e que atuavam nas regiões Norte e Sudeste. Não houve diferença entre eles quanto ao tempo de graduação e ao de atuação na UBS (Tabela 3).

Entre os motivos apresentados pelos médicos para não realizar, na UBS, os procedimentos e as atividades que relataram saber fazer, ressalta-se a falta de materiais e a infraestrutura inadequada, citada por 87,3% dos participantes. Em menor quantidade foram citados, entre outros: fatores associados a instrumentos normativos da prática, como protocolos clínicos (34,7%), falta de demanda para a realização dos procedimentos (24,5%), sobrecarga de trabalho (21,7%), execução por outros profissionais (23,0%), medidas restritivas do conselho de fiscalização do exercício profissional (15,0%) e motivos pessoais (3,9%).

Discussão

Este estudo exploratório buscou analisar as atividades desempenhadas por médicos do PMM e a distribuição dessas atividades segundo o perfil do profissional e do município de atuação. Neste recorte foi possível, ainda, levantar os fatores que influenciam o escopo de prática desses profissionais.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, verificou-se a predominância de médicos acima de 40 anos, de nacionalidade cubana e do sexo feminino. Esse perfil é compatível com os dados do DEPREPS de fevereiro de

2016, nos quais 75% dos médicos participantes do PMM são de nacionalidade cubana e a maioria possui mais de 40 anos de idade. A participação de profissionais brasileiros – predominantemente recém-formados e mais jovens, nesta amostra – aumentou nos últimos editais, preenchendo a maior parte³² ou a totalidade³³ das vagas ofertadas pelo Programa. Entretanto, o número desses profissionais ainda é pequeno para alterar o perfil geral dos médicos que hoje fazem parte do PMM. Além disso, a feminilização dos médicos, observada neste estudo, é uma tendência internacional na área da saúde, como constatado em estudo de revisão sistemática, conduzido por Hedden et al.³⁴, em 2014.

Os médicos do PMM relataram receber demanda diversificada nas UBS, tanto com relação à faixa etária, quanto aos agravos e às condições de saúde, que incluem doenças crônicas – principalmente hipertensão e diabetes – doenças infecciosas e endêmicas. Os autores consideram que existem elementos que afetam esse perfil da demanda, como a disponibilidade de médico em outra equipe de saúde da mesma UBS e a disponibilidade de atendimento por especialistas. Vale ressaltar que a maioria dos médicos atuava há dois anos ou menos nas UBS em que trabalhava à época da resposta ao questionário, o que também pode influenciar na percepção do perfil da demanda recebida.

A relação entre um escopo de prática ampliado e a atuação em áreas rurais e remotas tem sido apontada em diversos estudos internacionais^{8,9,35,36}. Neste estudo, os médicos que atuavam em municípios remotos, distantes de suas sedes regionais e de menor porte, realizaram maior número de procedimentos quando comparados aos que trabalhavam naqueles com até 15 minutos de distância e em capitais e regiões metropolitanas. Segundo o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária¹⁹, a maioria dos municípios com esse problema é de menor porte e, quanto maior a distância até a sede da região de saúde, maior é o grau de escassez observado. O Índice revela, ainda, que a região com maior número de municípios com escassez é a Norte (31%), que, neste estudo, foi uma daquelas onde os médicos realizavam maior número de procedimentos, atividades e ações.

Apesar da participação feminina ter sido superior à masculina neste estudo, os resultados apontam que os médicos do sexo masculino realizam – e sabem como realizar – maior número de procedimentos, atividades e ações. Outros estudos demonstram influência semelhante do sexo no escopo de prática de médicos^{5,37,38}. Entretanto,

Tabela 3. Distribuição dos procedimentos, atividades e ações de saúde realizados na UBS e de procedimentos que os participantes declaram saber fazer, segundo características sociodemográficas. Brasil. N=1241

Característica	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde realizados			Número de procedimentos, atividades e ações de saúde que sabem fazer		
	Média ± DP	Mediana	p-valor*	Média ± DP	Mediana	p-valor*
Sexo						
Feminino	22,0 ± 7,5	21,0	0,001	38,4 ± 9,3	41,0	< 0,001
Masculino	23,8 ± 8,8	22,0		40,6 ± 8,5	43,0	
Idade [§]						
≤ 43 anos	23,0 ± 7,8	22,0	0,139	39,6 ± 8,4	42,0	0,495
> 43 anos	22,7 ± 8,5	21,0		39,3 ± 9,5	42,0	
Nacionalidade						
Brasileira	22,4 ± 8,1	21,0	REF	37,3 ± 8,0	39,0	REF
Cubana	22,9 ± 8,2	21,0	0,800	40,0 ± 9,3	43,0	< 0,001
Outras nacionalidades	22,9 ± 7,9	22,0	0,768	39,4 ± 7,9	41,0	0,005
País de formação						
Brasil	21,7 ± 8,5	20,0	0,061	35,9 ± 8,8	38,0	< 0,001
Exterior	23,0 ± 8,1	21,0		40,0 ± 8,9	43,0	
Tempo de graduação [§]						
≤ 17 anos	23,5 ± 8,0	22,0	0,005	39,8 ± 8,1	42,0	0,498
> 17 anos	22,4 ± 8,3	20,0		39,3 ± 9,6	42,5	
Título de especialista						
Sim	22,9 ± 8,4	21,0	0,625	39,6 ± 9,3	43,0	< 0,001
Não	22,2 ± 7,4	21,0		37,8 ± 7,8	39,0	
Tempo de atuação na APS [§]						
≤ 8 anos	22,5 ± 8,3	21,0	0,349	38,2 ± 9,6	41,0	< 0,001
> 8 anos	23,0 ± 8,2	21,0		40,3 ± 8,6	43,0	
Tempo de atuação na UBS onde trabalha [§]						
≤ 2 anos	22,3 ± 7,9	21,0	0,026	39,3 ± 9,0	42,0	0,165
> 2 anos	23,5 ± 8,6	22,0		39,6 ± 9,2	42,0	
Região geográfica da UBS onde trabalha						
Norte	24,6 ± 8,1	24,0	< 0,001	42,4 ± 6,6	44,0	< 0,001
Nordeste	22,0 ± 8,3	20,0	REF	39,5 ± 9,1	42,0	REF
Sudeste	22,3 ± 8,4	20,0	0,666	37,8 ± 9,9	41,0	0,005
Sul	24,6 ± 7,8	24,0	< 0,001	39,3 ± 8,9	42,0	0,632
Centro-oeste	22,6 ± 7,2	21,0	0,196	39,6 ± 8,7	41,0	0,728
Porte do município onde trabalha						
Capitais e regiões metropolitanas	20,7 ± 8,0	19,0	REF	37,6 ± 9,8	40,0	REF
Mais de 100 mil habitantes	21,0 ± 7,1	20,0	0,440	37,6 ± 9,3	40,0	0,835
Mais de 50 até 100 mil habitantes	21,0 ± 6,4	20,0	0,452	39,5 ± 7,3	40,0	0,256
Mais de 20 até 50 mil habitantes	23,0 ± 8,3	21,0	0,002	39,6 ± 9,4	42,5	0,001
Mais de 10 até 20 mil habitantes	25,2 ± 8,7	25,0	< 0,001	40,8 ± 9,0	44,0	< 0,001
Até 10 mil habitantes	26,6 ± 8,3	27,5	< 0,001	42,0 ± 7,6	44,0	< 0,001
Distância até a sede da região de saúde						
Até 15 minutos	21,2 ± 7,6	20,0	REF	38,5 ± 9,0	41,0	REF
De 16 a 30 minutos	22,5 ± 8,6	20,0	0,090	38,1 ± 10,5	41,0	0,551
De 31 a 45 minutos	22,6 ± 8,2	21,0	0,154	39,3 ± 8,7	41,0	0,187
De 46 a 60 minutos	23,1 ± 7,9	22,5	0,012	39,4 ± 9,9	43,0	0,023
De 61 a 120 minutos	24,3 ± 8,8	23,0	< 0,001	40,0 ± 9,0	43,0	0,001
Mais de 120 minutos	26,1 ± 7,8	25,0	< 0,001	43,0 ± 7,0	45,0	< 0,001

* Calculado pelo Teste de Mann Whitney; [§]Dados dicotomizados segundo o valor da mediana. REF: Grupo de referência
 Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).

não estão claros os motivos dessa diferença, sendo necessários estudos específicos neste tema para melhor compreensão dos achados.

Neste estudo, menor tempo de graduação foi associado à realização de um maior número de procedimentos, atividades e ações de saúde. Mé-

dicos recém-graduados tendem a procurar locais de trabalho onde se sintam desafiados e possam ganhar experiência⁹. Estudo americano recente comparou o escopo de prática pretendido de residentes em medicina de família ao de médicos já atuantes nesta área, no momento da obtenção de certificação/recertificação profissional; esses autores observaram que os residentes entrevistados informaram maior intenção em praticar escopo ampliado, incluindo cuidados em obstetrícia, pré-natal, cuidado de doenças crônicas e agudas, dentre outros³⁹.

Os resultados revelam que, de uma maneira geral, os respondentes relatam saber fazer mais procedimentos, atividades e ações do que realmente realizam nas UBS onde atuam, o que indica a possibilidade de um escopo de prática reduzido. Este fenômeno tem sido identificado em outros estudos internacionais^{35,40,41}. Nos Estados Unidos, por exemplo, foram relatados baixos índices de realização de pré-natal e parto por recém-concluintes da residência em medicina de família que se consideram altamente capacitados a desempenhar essas atividades⁴⁰.

Dentre os motivos encontrados na literatura para um escopo de prática reduzido de médicos da atenção primária, podem ser citados fatores pessoais, como estilo de vida e preferência individual. Fatores relacionados ao trabalho, como falta de treinamento, sobrecarga de serviços, complexidade dos casos clínicos, restrições contratuais; e fatores externos, como falta de suporte da instituição e da comunidade, restrição no reembolso de procedimentos executados e o elevado custo de seguros contra más práticas³⁹⁻⁴².

A principal barreira para a execução de atividades e ações apontada pelos médicos neste estudo foi a falta de materiais e a infraestrutura inadequada das UBS. Este limitador deverá ser atenuado até o ano de 2018, uma vez que a Lei do Programa Mais Médicos estabelece o prazo de até cinco anos para o SUS dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a ser definido nos planos plurianuais, observados os limites dos recursos orçamentários disponíveis²¹. Para viabilizar ainda mais o investimento em infraestrutura e (re)construção de UBS, o Programa tornou obrigatória a adesão dos municípios ao Requalifica UBS – programa de qualificação de infraestrutura das UBS, lançado em 2011 pelo Governo Federal e que, articulado ao PMM, está permitindo a reforma, a construção e a ampliação de 26 mil UBS, com um investimento de mais de R\$ 5 bilhões⁴³.

Além de impactar no acesso a serviços de saúde, o escopo de prática ampliado é considerado fator importante para a escolha do local de atuação pelo médico e para sua permanência nos serviços^{44,45}. Pode-se afirmar, dessa forma, que a ampliação do escopo na prática da atenção primária em saúde colabora para a atração e a fixação de médicos nas equipes de saúde, possivelmente considerado como um fator de redução da escassez desses profissionais, especialmente em áreas remotas e desassistidas. Ainda que não tenha sido o objetivo deste artigo, principalmente diante do aumento da adesão ao PMM de médicos brasileiros registrados nos conselhos profissionais do país, torna-se imprescindível estudar a ampliação de escopos de prática como uma possível estratégia de atração e fixação de médicos em áreas desassistidas no Brasil.

O processo de ampliação de escopos de prática de profissionais da saúde envolve, em países como Canadá e Estados Unidos, dentre outras várias etapas, a pesquisa e a consulta a políticas públicas, a normas de regulação profissional e a jurisprudência no assunto. A realização de consultas públicas também se faz necessária para que haja alterações na regulação e na legislação profissional vigente, considerando, ainda, as competências necessárias para a execução de atos e o estabelecimento de padrões de prática^{4,15,46}.

É importante, ademais, reconhecer e incorporar a sobreposição de escopos de prática de diferentes profissionais de saúde, além de propor mecanismos para realização de atividades por profissionais não médicos^{6,10,46}. Neste sentido, um Comitê Nacional poderia ser formado a fim de monitorar, avaliar e atualizar os padrões de escopo de prática dos profissionais⁴⁶. Essas estratégias poderiam ser aplicadas na regulação profissional, com foco na APS, com o propósito de maximizar o uso das competências da equipe de saúde.

No Brasil, não foram encontradas escalas para avaliar o escopo de prática de médicos e a utilização de escalas internacionais é inadequada ao contexto de saúde local. Soma-se a isso a escassez de publicações no tema, o que dificulta a comparação dos achados. Este estudo é exploratório e as associações relatadas precisam ser pesquisadas em futuras investigações para validar os resultados. A baixa taxa de resposta observada afetou a sua representatividade. Entretanto, foi possível auxiliar na caracterização da prática clínica dos profissionais participantes do PMM e identificar os principais fatores associados. A partir dos resultados deste estudo poderá ser proposta a construção e a validação de uma escala nacional.

Conclusão

Este estudo identificou diferentes fatores que estão associados a um escopo de prática mais ampliado dos participantes, como o sexo masculino e o menor tempo de graduação, além de fatores geográficos, como localização, distância e porte dos municípios onde atuam os médicos. Destaca-se, ainda, que os médicos integrantes do Programa Mais Médicos realizam um menor número de procedimentos, atividades e ações do que relatam saber fazer, principalmente devido à falta de materiais e à infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde. Desta forma, o uso das competências dos profissionais pode ser otimizado a partir da estruturação das unidades de saúde e da disponibilização de materiais. A revisão dos

escopos de prática de profissionais de saúde tem sido destacada como ferramenta para a ampliação da potencialidade do cuidado em saúde na atenção primária.

Colaboradores

SN Girardi, CL Carvalho e CR Pierantoni trabalharam na concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo do artigo e aprovação final da versão a ser publicada; JO Costa, ACS Stralen, TV Lauar e RB David trabalharam na coleta, tratamento, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):401-412.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg saúde debate* 2014; (51):105-120.
3. Federation of State Medical Boards of the United States. Assessing Scope of Practice in Health Care Delivery: Critical Questions in Assuring Public Access and Safety. 2005.
4. Baranek PM. *A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act*. Toronto: Health Council of Canada; 2005.
5. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician* 2010; 56(6):219-225.
6. Dill MJ, Pankow S, Erikson C, Shipman S. Survey Shows Consumers Opens to a Greater Role for Physician Assistants and Nurse Practitioners. *Health Affairs* 2013; 32(6):1135-1142.
7. Tepper JD, Schultz SE, Rothwell DM, Chan BTB. *Physician services in rural and Northern Ontario. ICES investigative report*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2006.
8. Bindman AB, Forrest CB, Britt H, Crampton P, Majeed A. Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand, and the United States: cross sectional analysis of results from three national surveys. *BMJ* 2007; 334(7606):1261.
9. Myhre DL, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health* 2015; 15(3):3483.
10. Nancarrow SA. Six principles to enhance health workforce flexibility. *Hum Resour Health* 2015; 13:9.
11. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. saúde debate* 2009; (44):13-24.
12. Collar JM. Formulação e Impacto do programa Mais Médicos na Atenção e Cuidado em Saúde: Contribuições Iniciais e Análise Comparativa. *Saúde em Redes* 2015; 1(2):43-56.
13. Kirk JM, Kirk EJ, Walker C. Mais Médicos: Cuba's Medical Internationalism Programme in Brazil. *Bulletin of Latin American Research* 2015.
14. World Health Organization (WHO). *Task shifting to tackle health worker shortages* [Internet]. 2007 [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.
15. Verhuslt L, Forrest CB. To Count Heads or to Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. *Health Care Policy* 2007; 2(4):178-192.
16. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1):169-177.
17. Fundação Getúlio Vargas (FGV). *Escassez de Médicos*. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais; 2008. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: <http://www.cps.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm>.

18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades* [Internet]. São Paulo; 2011. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf.
19. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2012. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf).
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
21. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
22. Santos LMP, Costas AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
23. Jaakkimainen RL, Sood PR, Schultz SE. Office-based procedures among urban and rural family physicians in Ontario. *Can Fam Physician* 2012; 58(10):578-e87.
24. Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG, Kristiansen IS. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BMC family practice* 2013; 14(1):41.
25. Slade S, Busing N. Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997/98 National Family Physician Survey of the College of Family Physicians of Canada. *Can Med Assoc J* 2002; 166(11):1407-1411.
26. National Physician Survey (NPS). The 2007 National Physician Survey contacted approximately 70,000 family physicians and other specialists, medical residents and medical students in Canada. Mississauga; 2007. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: <http://nationalphysiciansurvey.ca/surveys/2007-survey>.
27. The physician foundation. Practice Patterns & Perspectives. An Examination of the Professional Morale, Practice Patterns, Career Plans, and Perspectives of Today's Physicians Based on Over 20,000 Survey Responses 2014. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/2014_Physicians_Foundation_Biennial_Physician_Survey_Report.pdf
28. Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. *BMC family practice* 2015; 16(1):1.
29. O'Neill T, Peabody MR, Blackburn BE, Peterson LE. Creating the Individual Scope of Practice (I-SOP) scale. *J Appl Meas* 2014; 15(3):227-239.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Regiões de Influência das Cidades, 2007*. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40677.pdf>.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Metodologia do Censo Demográfico 2010. Série relatórios metodológicos*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Profissionais brasileiros ocupam 92% das vagas do Mais Médicos* [Internet]. 2015. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/profissionais-brasileiros-ocupam-92-das-vagas-do-mais-medicos>
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Brasileiros ocuparam todas as vagas oferecidas pelo Mais Médicos*. [Internet]. 2016. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/02/brasileiros-ocuparam-todas-as-vagas-oferecidas-pelo-mais-medicos>
34. 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(1):32.
35. 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):265-270.
36. Baker E, Schmitz D, Epperly T, Nukui A, Miller CM. Rural Idaho family physicians' scope of practice. *J Rural Health* 2010; 26(1):85-89.
37. Hutten-Czapski P, Pitblado R, Slade S. Short report: Scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician* 2004; 50:1548-1550.
38. Chaytors RG, Szafran O, Crutcher RA. Rural-urban and gender differences in procedures performed by family practice residency graduates. *Fam Med* 2001; 33(10):766-771.
39. 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):2364-2372.
40. Chen FM, Huntington J, Kim S, Phillips WR, Stevens NG. Prepared But Not Practicing: Declining Pregnancy Care Among Recent Family Medicine Residency Graduate. *Fam Med* 2006; 38(6):423-426.
41. Tong ST, Makaroff LA, Xierali IM, Parhat P, Puffer JC, Newton WP, Bazemore AW. Proportion of family physicians providing maternity care continues to decline. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(3):270-271.
42. Chan BTB, Schultz SE. *Supply and utilization of general practitioner and family physician services in Ontario*: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2005.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Requalifica UBS* [Internet]. 2014. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs
44. Cameron PJ, Este DC, Worthington CA. Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Can J Rural Med* 2012; 17(2):47-55.
45. Wasko K, Jenkins J, Meili R. Medical practice in rural Saskatchewan: factors in physician recruitment and retention. *Can J Rural Med* 2014; 19(3):93-98.
46. Dower C, Moore J, Langelier M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(11):1971-1976.

Artigo apresentado em 09/03/2016

Aprovado em 13/06/2016

Versão final apresentada em 15/06/2016