

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Roberto Ribeiro Maranhão

**Análise do escopo de práticas dos médicos na estratégia saúde da família em  
Fortaleza – Ceará**

Eusébio  
2019

Roberto Ribeiro Maranhão

**Análise do escopo de práticas dos médicos na estratégia saúde da família em  
Fortaleza – Ceará**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde.

**Orientadora:** Prof.a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Título do trabalho em inglês: Analysis of scope of practice of medical professionals in the family health strategy in Fortaleza - Ceará

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

M311a Maranhão, Roberto Ribeiro.

Análise do escopo de práticas dos médicos na estratégia saúde da família em Fortaleza – Ceará / Roberto Ribeiro Maranhão. -- 2019. 97 f. : il. color.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019.  
Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Recursos Humanos. 5. Escopo de Prática. I. Título.

CDD 23° ed. 362.12098131

Roberto Ribeiro Maranhão

**Análise do escopo de práticas dos médicos na estratégia saúde da família em Fortaleza –  
Ceará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 26 de junho de 2019

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer  
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

---

Prof. Dr. Bruno Souza Benevides  
Centro Universitário Christus - Ceará

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Braga de Paula  
Centro Universitário 7 de Setembro

Em princípio a dedicação a toda população pobre e excluída de meu país. Que a ciência possa hoje, mais do que nunca, trazer o fim das desigualdades. Em específico a minha família, por todo apoio. Em especial a minha esposa Adélia pelas noites em claro compartilhadas, a minha filha Lara pela energia renovada com sua chegada, a minha mãe Ana Carmem por ser incondicional e a minha orientadora Ivana por guiar meus passos em trilhas, jamais em trilhos.

## AGRADECIMENTOS

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) não é um início e nem muito menos um fim. A caminhada dos que abriram os olhos e decidiram enxergar as mazelas humanas é cheia de tristeza e sofrimento. A luta, portanto, para que tenhamos um mundo mais igual pode ser produto de egoísmo. Não se ver inundado por tudo aquilo que transborda das periferias das grandes cidades ou que se esconde nas entranhas dos sertões. Viver em um mundo sem miséria, sem pobreza, seria então a saída para o que decidi enxergar? Não me resta dúvida que isto é algo capaz de motivar a natureza humana. Mas seria ela impura em sua essência?

A meu lado, vejo pessoas cegas (por opção?). Conversar tem-se tornado um ato cada vez mais difícil. Por vezes a incompreensão, por vezes o desinteresse, por vezes até o asco. Mas algumas vezes, há quem se deixe enxergar, que se permite escutar, que se arrisque tentar entender. Mas então o que oferecer a quem aceite trilhar o caminho mais obscuro? Tristeza? Sofrimento?

A caminhada até aqui me faz sentir que não seremos felizes. Não nesta vida. Se a felicidade é um bem coletivo, e se ser feliz é condição que depende da felicidade alheia... não seremos felizes. Mas então o que dizer dos que semeiam a desgraça e colhem para si a falsa felicidade das coisas? Estes sim, os verdadeiros egoístas.

Quero compartilhar e agradecer às mãos dadas da caminhada, que não se faz sozinha. Agradecer aos que abrem os olhos e decidem enxergar, mesmo sabendo que distante e inalcançável estará a felicidade. A sua busca não será em vão. Poderemos senti-la a cada nova conquista por nosso tão sonhado mundo. Passaremos deste mundo sem jamais ter sabido o que é ser plenamente feliz, mas com a certeza que lutamos para que não apenas nós, mas todos possam um dia serem plenos e felizes. E se uma vida de dificuldades pode nos fazer pensar que essa vida foi de tristeza e sofrimento, lembremo-nos que verdadeira felicidade de viver está em fazer felizes aqueles que amamos.

Meu eterno amor e gratidão a minha esposa Adélia, minha filha Lara, meus pais, minha família, aos muitos amigos e amigas que seguem firmes na caminhada. Perdoem-me se, por vezes, possa eu não me dedicar a cada um como merecem. Perdoem-me se, por vezes, eu seja furtado pela “luz”, seja furtado pela “dor”, que um dia há de ter fim. Por fim a toda equipe do PROFSAUDE Ceará e a todos no Rio que fizeram deste Mestrado uma caminhada de grande aprendizado, companheirismo e luta. Que os laços aqui formados sejam eternos nas linhas da ciência e nas construções de uma sociedade para todos com dignidade.

“A luz que me abriu os olhos  
para a dor dos deserdados  
e os feridos de injustiça,  
não me permite fechá-los  
nunca mais, enquanto viva.  
Mesmo que de asco ou fadiga  
me disponha a não ver mais,  
ainda que o medo costure  
os meus olhos, já não posso  
deixar de ver: a verdade  
me tocou, com sua lâmina  
de amor, o centro do ser.  
Não se trata de escolher  
entre cegueira e traição.  
Mas entre ver e fazer  
de conta que nada vi  
ou dizer da dor que vejo  
para ajudá-la a ter fim,  
já faz tempo que escolhi.”

Thiago de Mello - Já faz tempo que escolhi  
Rio de Janeiro, 1981

## RESUMO

**Introdução:** Partindo-se da ideia de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar capaz de ampliar os escopos de prática de profissionais da saúde, o conceito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ganha destaque. Após mais de duas décadas de implantação da ESF, a complexificação do quadro epidemiológico da população brasileira trouxe novos e numerosos desafios à equipe de saúde da família. A fim de resgatar a premissa, que incumbe a Atenção Primária à Saúde (APS) a resolução de 80% dos problemas de saúde da população, 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. Há, contudo, que se pensar também na qualidade da assistência prestada de acordo com as capacidades de atuação de cada categoria componente da APS. É neste âmbito que se insere a discussão do escopo de prática. **Objetivo:** Analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família da cidade de Fortaleza no Ceará e suas relações com a formação e titulação em medicina de família e comunidade. **Métodos:** O estudo é do tipo inquérito quantitativo transversal. De abril a novembro de 2018 foi aplicado um formulário semiestruturado em um total de 263 médicos, componentes de amostra representativa do total de médicos atuantes na ESF de Fortaleza/CE, contendo 54 atribuições dentre ações, atividades e procedimentos específicos da profissão médica, e comuns dos profissionais da ESF. Ademais foram investigados fatores relacionados a uma maior ou menor abrangência do escopo de prática. Os dados foram analisados por meio do software SPSS versão 23. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Foram utilizados testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação do número de procedimentos realizados pelos profissionais e demais variáveis. **Resultados:** Destacou-se uma maior abrangência de escopos de prática dentre os médicos com formação no exterior e aqueles com formação específica na área de medicina de família e comunidade, sendo a dupla qualificação da residência médica com a titulação o fator de maior impacto sobre o escopo de prática dos médicos participantes. Problemas relacionados a infraestrutura foram apresentados como destaque para a não realização de atribuições, principalmente as específicas. Além disso, o fator disponibilidade de tempo e cobrança da gestão também foram elencados. No geral os médicos declararam saber fazer um número de atividades, ações e procedimentos superior ao que de fato realizavam. **Conclusões:** Existe uma lacuna em potencial para se ampliar o escopo de prática dos médicos na ESF, perpassando desde investimentos estruturais e capacitações da gestão, até uma formação específica voltada ao campo da medicina de família e comunidade. Estas ações vislumbram potencializar ações mais resolutivas e ampliar a qualidade dos serviços prestados na APS.

Palavras-chave: Escopo de Prática, Estratégia Saúde da Família, Recursos Humanos, Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade.



## ABSTRACT

**Introduction:** Based on the idea of a multidisciplinary and interdisciplinary action capable of expanding the scopes of practice of health professionals, the concept of the Family Health Strategy (FHS) is highlighted. After more than two decades of FHS implantation, the complexification of the epidemiological picture of the Brazilian population has brought new and numerous challenges to the family health team. In order to rescue the premise, that incurs Primary Health Care (PHC) to the resolution of 80% of the population's health problems, it is necessary to propose new advances in the form of action represented by the FHS. It is a fact that there was a stagnation of the FHS coverage caused by the limitations in the fixation of medical professionals and their own shortage. However, there is also a need to think about the quality of care provided according to the capacity of each category of PHC. It is within this scope that the discussion of the scope of practice is inserted. **Objectives:** Analyze the scope of physicians' practices in the Family Health Strategy of the city of Fortaleza in Ceará and its relationship with training and qualification in family and community medicine. **Method:** It is a cross-sectional quantitative survey type of study. From April to November 2018, a semi structured form was applied to a total of 263 physicians, components of the total number of physicians working at the FHS in Fortaleza/CE, containing 54 attributions among actions, activities and procedures specific to the medical profession, and common to the FHS professionals. In addition, we investigated factors related to a greater or lesser extent of the scope of practice. The data were analyzed using SPSS software version 23. The quantitative variables were normalized using the Shapiro-Wilk test. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to compare the number of procedures performed by professionals and other variables. **Results:** It was highlighted a wider range of scopes of practice among physicians with training abroad and those with specific training in the area of family and community medicine, and the dual qualification of medical residency with title degree was the factor with the greatest impact on the scope of practice of participating physicians. Problems related to infrastructure were presented as a highlight for not performing attributions, especially the specific ones. In addition, the factor availability of time and management charging were also listed. In general, doctors declared that they know how to do a greater number of activities, actions, and procedures than they actually did. **Conclusions:** There is, therefore, a potential gap to expand the scope of practice of physicians, ranging from structural investments and management training, to specific degree in the field of family and community medicine. These actions seek to strengthen more resolute actions and increase the quality of services provided in PHC.

Palavras-chave: Scope of Practice, Family Health Strategy, Human Resources, Primary Health Care, Family Practice.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa.....	36
Quadro 1 - Conceitos para Atenção Primária à Saúde.....	16
Quadro 2 - Comparação da PNAB 2012 à PNAB 2017 com relação as atribuições do médico da equipe de saúde da família.....	23
Quadro 3 - Conceitos para Atenção Primária à Saúde.....	35
Quadro 4 - Quantitativo de Médicos para cálculo da amostra da pesquisa. Segunda e terceira listagens, Consolidado Geral e MM, respectivamente.....	38
Quadro 5 - Distribuição da população de médicos e descritivo de entrevistas e perdas no processo da pesquisa. N <sup>1</sup> - Quantitativo inicial da população conforme consta no quadro 4, retirados os 2 pesquisadores.....	42
Quadro 6 - Quantitativo de profissionais a serem entrevistados na pesquisa após correção da população .....	43
Quadro 7 - Distribuição dos médicos da ESF de Fortaleza segundo coordenadoria regional de saúde (CORES) e por vínculo de trabalho. Dados finais. N <sup>1</sup> - Quantitativo inicial da população conforme consta no quadro 6, retirados os 2 pesquisadores. Rel. E/N <sup>1</sup> (%) – Porcentagem de entrevistados do N <sup>1</sup> .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico e de formação, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2018. N = 263.....	47
Tabela 2 -	Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	48
Tabela 3 -	Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	49
Tabela 4 -	Situações apontadas pelos médicos como motivos para não realizar procedimentos e ações comuns aos profissionais da estratégia saúde da família que sabem fazer. Fortaleza, 2018. N=263.....	50
Tabela 5 -	Situações apontadas pelos médicos como motivos para não realizar procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica que sabem fazer. Fortaleza, 2018. N=263.....	51
Tabela 6 -	Caracterização das visitas domiciliares realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	51
Tabela 7 -	Caracterização das atividades de prevenção ao câncer de colo uterino e de mama realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	52
Tabela 8 -	Caracterização das ações em saúde mental realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	53
Tabela 9 -	Utilização de protocolos para atendimentos pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	54
Tabela 10 -	Características de encaminhamentos para outros pontos de atenção realizados pelos médicos na ESF e continuidade do cuidado dos usuários. Fortaleza, 2018. N=263.....	55
Tabela 11 -	Características de acompanhamento de pessoas em internação domiciliar realizados pelos médicos na ESF. Fortaleza, 2018. N=263.....	56
Tabela 12 -	Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2018. N=263.....	58
Tabela 13 -	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, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2018. N=263.....	60
Tabela 14 -	Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF, segundo principal forma de aprendizado. Fortaleza, 2018. N=263.....	63
Tabela 15 -	Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, segundo principal forma de aprendizado. Fortaleza, 2018. N=263.....	64

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	12
1.1.1	Estratégia Saúde da Família e seus marcos.....	12
1.1.2	Materialização da Atenção Primária no Brasil.....	14
1.1.3	Caminhos ao cenário atual dialogando com a Atenção Primária à Saúde Abrangente de Alma-Ata.....	15
1.2	ESCOPO DE PRÁTICAS DOS MÉDICOS DA ESF.....	17
1.2.1	Uma nova ferramenta para análise do trabalho na APS.....	17
1.2.2	Conceitos internacionais de escopo de prática e sua importância.....	18
1.3	POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
1.4	FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	24
1.5	COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AOS MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E SEU ESCOPO DE PRÁTICA.....	25
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>33</b>
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	33
4.2	INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS E PRINCIPAIS VARIÁVEIS.....	34
4.2.1	Processo de reelaboração do instrumento.....	34
4.2.2	Instrumento final e suas características.....	35
4.2.3	Variáveis analisadas no estudo.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E CÁLCULO DA AMOSTRA.....	36
4.3.1	Cenário inicial da população de médicos e médicas de Fortaleza.....	36
4.3.2	Primeira etapa do cálculo amostral e definição dos participantes.....	37
4.3.3	Por que se optou pela estratificação dos participantes por vínculos?.....	39
4.3.4	Cálculo amostral e número de entrevistas.....	40
4.3.5	Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.3.6	Coleta de dados.....	41
4.3.7	Números finais dos participantes da pesquisa.....	43
4.3.8	Distribuição dentro das coordenadorias regionais de saúde.....	43
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	44
4.6	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
5.1	DADOS DESCRITIVOS DOS PARTICIPANTES E SEU ESCOPO DE PRÁTICA.....	46
5.2	ESCOPO DE PRÁTICA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	56
5.3	ESCOPO DE PRÁTICA SEGUNDO FORMA DE APRENDIZADO.....	62
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>66</b>
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS.....	66
6.2	FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	68
6.3	ESCOPO DE PRÁTICAS COMO INDUTOR DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO.....	70

<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
	Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	82
	Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados.....	84

# 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação trará inicialmente os elementos intrínsecos do trabalho na Atenção Primária. É importante ao leitor entender que o conceito sobre escopo de prática, que é o cerne desta obra, não é algo propriamente novo, mas inovador quando abordado dentro da concepção de reestruturação ou releitura do modelo que guia a atuação profissional brasileira: a Estratégia Saúde da Família.

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 Atenção Primária. Esta relação pode ainda não estar bem caracterizada, uma vez que os estudos neste tema ainda são recentes, e, considerando o cenário brasileiro, são também escassos. Também há que se considerar o cenário da intersectorialidade como potente campo de fortalecimento da atenção à saúde. Contudo, as barreiras da regulação profissional historicamente apresentadas necessitam ser superadas para que a atenção primária abrangente possa ser o foco almejado pelos profissionais.

Manter o curso para a consolidação da Atenção Primária no Brasil é uma tarefa árdua e com inúmeras barreiras. É preciso dispor do maior número de ferramentas possíveis. Países com sistemas de saúde mais consolidados e uma Atenção Primária forte apontam o escopo de práticas como novo campo a ser abordado. 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 traz elementos que devem dialogar com a perspectiva da análise do escopo de prática.

## 1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 1.1.1 Estratégia Saúde da Família e seus marcos

A Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel central na história da reforma do modelo de assistência brasileiro, uma vez que é capaz de dialogar com os princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), contrapondo-se ao modelo tradicional baseado na doença (VIANA e DAL POZ, 1998; ANDRADE et al, 2017). Segundo Viana e Dal Poz (1998), somente a partir de fevereiro de 1996 é que o então Programa de Saúde da Família (PSF) é definido como uma estratégia nos termos da Norma Operacional Básica (NOB) 96, que estabelece incentivos através de acréscimos financeiros aos repasses estabelecidos pelo Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1996).

O percurso histórico que legitima a ESF só foi possível por conta de experiências de sucesso como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que teve início em 1991 e se estabeleceu principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Foi a percepção do Ministério da Saúde em "identificar os agentes como peça importante na organização do serviço básico de saúde no município" que permitiu que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) transcendesse dos objetivos para os quais havia sido formulado de redução das mortalidades materna e infantil (VIANA e DAL POZ, 1998).

Destaque-se ainda o papel de três atores que foram centrais no processo de consolidação do PSF:

(...) gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), com técnicos externos à área da saúde (como os técnicos do Comunidade Solidária e de organismos internacionais, como o UNICEF, e de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá e Cuba), e com as associações da comunidade. (...) Essa nova tríade de apoio político ao programa, formada a partir da formulação do PSF, tem ainda, na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, um canal importante de expressão, pois o conselho reforça a tríade e o programa reafirma o espaço de autonomia do conselho (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 26-27).

Ainda segundo o mesmo artigo, que teve como objetivo avaliar o processo de implementação do PSF, tomando como referência experiências de 7 municípios brasileiros e mais um programa específico do município de São Paulo, o papel dos gestores somado ao apoio da comunidade foram elementos de destaque para o sucesso do desenvolvimento do PSF, em que o Nordeste se destacou, valorizando a importância do Ceará neste processo, por exemplo, por meio das políticas estaduais de apoio aos municípios. (VIANA e DAL POZ, 1998)

O PSF e seus antecessores se constituíram como programas inovadores, sendo capazes de superar a lógica dos programas verticais até então vigentes e que não eram capazes de alavancar uma verdadeira reforma necessária para a evolução desejada com a criação do SUS. Inovadores em todos os aspectos destacados por Viana e Dal Poz (1998) porque introduziram novos "rostos" (os Agentes Comunitários de Saúde) e implementaram uma nova perspectiva na assistência, não mais de uma atitude passiva frente ao adoecimento, mas de intervenções ativas sobre o cotidiano de vida das pessoas, criando ainda uma nova forma de relacionamento com a comunidade: o vínculo. (VIANA e DAL POZ, 1998)

Estruturalmente, o PSF foi capaz de induzir: a organização dos sistemas municipais de saúde através dos pré-requisitos exigidos para implementação das equipes e repasse de recursos

(convênios); a descentralização por meio de exigência às determinações da NOB-93; e a evolução nas formas de pagamento que passaram a contar com recursos baseados em critérios populacionais e de abrangência das equipes do Programa, institucionalizados pela NOB-96. (VIANA e DAL POZ, 1998; ANDRADE et al, 2017).

Toda a evolução histórica ocorrida, que permitiu ao Brasil consolidar o modelo da ESF, deve ser reconhecida. Todavia, a forma como se entende a saúde e sua complexa dinâmica em meio ao tecido social exige que o modelo de atenção esteja em constante mudança, necessitando sempre ser avaliado e aprimorado.

### 1.1.2 Materialização da Atenção Primária no Brasil

A ESF é, portanto, uma evolução iniciada por meio de experiências municipais, e, posteriormente, incorporada e capitaneada pelo Ministério da Saúde, voltada a fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde. Ela foi a etapa de consolidação mais recente do modelo de Atenção Básica à Saúde (ABS) implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as etapas desse processo é necessário destacar: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991 e seu aprimoramento em termos de competências desses profissionais. Com uma área de atuação inicialmente restrita a regiões Norte e Nordeste e focada a pequenos municípios, o PACS evoluiu se integrando ao sistema municipal de saúde até a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em dezembro de 1993 (SAMPAIO et al, 2012).

Partindo-se da ideia de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar capaz de ampliar os escopos de prática (GIRARDI et al, 2016) de profissionais da saúde, o conceito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ganha destaque.

Políticas com foco no financiamento a fim de garantir a expansão do PSF propiciaram a progressiva implementação da ESF como modelo de APS no Brasil. A formulação do Pacto pela Saúde em 2006 trouxe o marco da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e definiu a ESF “como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006; SAMPAIO et al, 2012).

O que diferencia o modelo de APS no Brasil de outras experiências internacionais são as características marcantes da ESF que se consolidaram historicamente. Segundo Kidd (2016), no livro *A Contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde*, existem três características:

1. Equipes multidisciplinares responsáveis por regiões geográficas e suas populações, com a tarefa de identificar problemas operacionais, organizacionais ou sociais de maneira adequada.



2. A presença de agentes comunitários de saúde.
3. A inclusão da saúde oral no sistema público de saúde (KIDD, 2016, p. 200).

### 1.1.3 Caminhos ao cenário atual dialogando com a Atenção Primária à Saúde Abrangente de Alma-Ata.

Após mais de duas décadas de implantação da ESF, a complexificação do quadro epidemiológico da população brasileira trouxe novos e numerosos desafios à equipe de saúde da família. Mendes (2012) em seu livro “O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família”, contextualiza a evolução de um cenário que já estava vislumbrado na década de 90 denominado de "crise da saúde". Viana e Dal Poz (1998) fazem o destaque para a complexidade que estavam sujeitos os países periféricos como o Brasil, que além do processo de transição epidemiológica de emergência de doenças não infecciosas, ainda persistiria em uma agenda não resolvida de agravos relacionados à macro componentes sociais (saneamento básico, distribuição de renda, dentre outros), e somar-se-iam o crescimento das causas externas - Tripla Carga de Doenças (VIANA e DAL POZ, 1998; MENDES, 2012). Considerando a existência de um cenário epidemiológico complexo, Pontes e cols. falam de uma superposição de agendas sanitárias afetando o cenário de assistência de saúde, a ponto de gerar falhas em diversos componentes no processo de atenção (PONTES et al. 2009).

Observa-se não existir uma transição propriamente dita dos contextos epidemiológicos ao longo do tempo, mas sim uma superposição deles, o que traz como desafios para a saúde pública tanto doenças infecciosas e parasitárias quanto as crônico-degenerativas e outros agravos não-infecciosos. Nessa perspectiva, esse processo não apresenta uma resolução clara, trazendo situações em que o perfil de morbimortalidade se mantém característico de distintos padrões, produtos das desigualdades, o que configura, portanto, uma “transição prolongada” ou polarizada.

Estas análises do processo de transição epidemiológica trazem à tona a necessidade de se refletir conceitualmente e historicamente a Atenção Primária no Brasil. Todo o processo histórico desenvolvido nas últimas duas décadas teve impactos importantes na saúde do país com redução de indicadores usados como referência internacional para avaliação da qualidade da assistência (SAMPAIO et al, 2012), porém não se pode negar que estes impactos dialogam muito mais com o conceito de atenção primária à saúde (APS) focalizada e restritiva do que com conceito de APS abrangente e compreensiva da Conferência de Alma-Ata (STARFIELD, 2002; ANDRADE, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A análise dos dois conceitos se faz necessária e é importante que seja resgatada dentro desta dissertação. Na publicação de 2006 de Andrade e colaboradores, há o resgate da classificação feita por Vuori em 1985 sobre os enfoques da Atenção Primária. Esta classificação é trabalhada por outros autores e dela se destacam dois conceitos sintetizados no quadro 1.

Quadro 1 – Conceitos para Atenção Primária à Saúde.

<b>Enfoque</b>	<b>Conceito</b>	<b>Ênfase</b>
APS Seletiva (FMI, Banco Mundial)	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para os pobres
APS abrangente ou integral de Alma-Ata	A declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde.

Fontes: ANDRADE (2006); GIOVANELLA; MENDONÇA (2012).

O emprego dos termos “Atenção Primária” e “Atenção Básica” até então feito nesta dissertação foi com intuito de preservar as referências dos autores estudados. Todavia, conforme destaca Giovanella e Mendonça (2012), há uma diferenciação nos termos:

A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS, (...), pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por ‘atenção básica à saúde’. (...)

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 538).

Desta forma, o termo Atenção Primária à Saúde será usado como referência aqui para se correlacionar especificamente ao conceito de APS abrangente a luz dos preceitos estabelecidos em Alma-Ata. Isto tende a corroborar com a análise de que o processo de reforma do sistema de saúde, iniciado com o PACS, permanece à medida em que também é mantida a

contínua mudança nos modos de vida da sociedade, tornando um imperativo que a APS no Brasil e a ESF superem antigos desafios e possam encarar novas demandas do contexto de saúde do país (PONTES et al. 2009; PINTO et al, 2014).

A fim de resgatar a premissa que incumbe à APS a resolução de 80% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2002), 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 (PINTO et al, 2014). Há, contudo, que se pensar também na qualidade da assistência prestada de acordo com as capacidades de atuação de cada categoria componente da APS. É neste âmbito que se insere a discussão do escopo de prática (GIRARDI et al, 2016).

## 1.2 ESCOPO DE PRÁTICAS DOS MÉDICOS DA ESF

### 1.2.1 Uma nova ferramenta para análise do trabalho na APS

As políticas públicas de saúde no Brasil têm historicamente sido renovadas e repensadas com intuito de aprimorar os processos de atenção e cuidado a população, contudo não há uma linearidade nesta evolução. Dentro de uma análise do mais recente projeto de grande impacto na saúde pública brasileira – Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (BRASIL, 2013b; SANTOS et al, 2017) – Pinto e colaboradores trazem o contexto de que antes da implementação do projeto a cobertura da ESF no Brasil vinha aumentando na ordem de apenas 1,5% ao ano (PINTO et al, 2014). Esta análise traz um cenário numérico já preocupante, uma vez que a carência na cobertura traz inúmeras dificuldades para que se constitua qualquer tipo de cuidado nos moldes da APS (STARFIELD, 2015). Contudo, há também que se considerar como o trabalho dos profissionais é feito, se atende as demandas da sociedade, sejam elas dentro de um contexto institucional através de políticas como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) ou mesmo através de mecanismos avaliadores.

No Brasil, a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) que integra o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON – FM/UFMG), realiza, desde 1999, monitoramento dos sinais de mercado de trabalho em saúde e o desenvolvimento de metodologias de pesquisa e avaliação na área de recursos humanos em saúde. Em trabalho recente de 2016, o grupo coordenado por Girardi publicou um artigo intitulado “Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados” (GIRARDI et al 2016). O conteúdo deste trabalho traz por objetivo “caracterizar o escopo de prática de médicos inseridos na Atenção

Primária em Saúde (APS), participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas”, e representa o único trabalho brasileiro na área quando usada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como mecanismo de busca.

No artigo há uma definição de escopo de prática como sendo “o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional”. Este conceito é trazido da literatura internacional levantada pelo grupo de pesquisa da EPSM e outros colaboradores, o que aponta um novo passo dentro do processo de fortalecimento da Atenção Primária. Para esta dissertação, é imprescindível a compreensão da dimensão do escopo de prática como ferramenta de análise do trabalho dos profissionais de saúde. Todavia, neste trabalho, o foco será o profissional médico atuante na ESF.

### 1.2.2 Conceitos internacionais de escopo de prática e sua importância

Em artigo publicado no *Journal of the American Board of Family Medicine*, Warren Newton, MD, MPH (2011) expressa que o que se deve considerar com relação ao escopo da prática dos médicos de família é 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. Warren Newton, MD, MPH é atualmente o presidente e CEO do *American Board of Family Medicine* e nesse artigo de 2011 já destacava que aquilo que os médicos de família fazem é fundamental tanto para a saúde pública como para a formação em Medicina de Família (NEWTON, 2011).

Nos Estados Unidos, o *American Board of Family Medicine* se utiliza de uma certificação para os médicos de família que é feita através de estágios com intervalos de três anos, nos quais algumas atividades são requeridas a fim de que o profissional se mantenha atualizado com as demandas da Medicina de Família e ainda uma avaliação a cada dez anos. Através desse processo de certificação é possível avaliar o escopo de prática dos médicos que se submetem a certificação. Cabe destacar que esta certificação não é obrigatória e, portanto, nem todos os médicos de família americanos se submetem a ela ou mesmo seguem as recomendações de fazer as atividades de certificação anualmente (ABFM, 2019).

Uma publicação mais recente envolvendo o processo de certificação do *American Board of Family Medicine* mostrou resultados que apontam que os médicos de família que mantêm um escopo mais amplo de prática foram mais propensos a passar no exame de certificação (*the American Board of Family Medicine (ABFM) Maintenance of Certification for Family Physicians (MC-FP)*). Além disso, o estudo ainda propõe que um escopo de prática

mais amplo provavelmente produz benefícios externos. Na medida em que o médico de família adquire mais conhecimento advindo da prestação de cuidados mais completos e desenvolve relacionamentos mais duradouros com seus pacientes estará mais propenso a fornecer maior qualidade de cuidado (PETERSON et al, 2015).

A conclusão acima do estudo de Peterson e Cols. aponta algo que os próprios autores afirmam quando da discussão de seus resultados: se os médicos de família encolherem seu escopo de prática poderão perder algo muito significativo de sua essência, ou como o próprio autor chama seu “toque especial” (*special sauce*), em fornecer um cuidado abrangente (*comprehensiveness*) necessário para promoção de uma atenção primária efetiva (HOLT, 2012; PETERSON et al, 2015).

Os estudos americanos não são os únicos a levar em consideração o escopo de prática como influenciador na qualidade do cuidado e, portanto, do fortalecimento da Atenção Primária abrangente. Uma revisão canadense sobre escopo de prática de profissionais de saúde no país traz a importância de haver uma permanente discussão sobre o tema, uma vez que avanços na saúde e novas tecnologias requerem que os profissionais adquiram novas competências, assim como se torna necessário repensar os limites de atuação de determinadas categorias profissionais para que possam ocupar novos espaços de demanda dos serviços de saúde (BARANEK, 2005). Um exemplo citado, que ilustra bem este cenário, é a atuação da enfermagem na execução sigmoidoscopias, frente ao aumento na demanda de rastreamento de câncer colorretal. Todavia o projeto que previa esta atuação da enfermagem, apesar da segurança e efetividade, foi suspenso devido em parte a “incertezas na regulação e responsabilidade profissional”.

A situação exposta por Baranek tem perfeito alinhamento ao contexto brasileiro e se materializa na penosa lei do ato médico sancionada em 2013 após mais de 20 anos de tramitação no congresso nacional e inúmeros enfrentamento judiciais com outras categorias da saúde (GUIMARÃES e REGO, 2005; BRASIL, 2013a). Em análise prévia a sanção da lei feita por Guimarães e Rego (2005), os autores expõem:

Encaminhando para uma articulação com os aspectos macroestruturais, vemos que esta disputa tem-se revelado com um cerne voltado mais para o interesse no monopólio econômico sobre as práticas profissionais do que para o interesse das corporações profissionais em lutarem por uma participação na construção de um projeto social global ou pela implementação de políticas de saúde (apesar de as corporações centrarem seus discursos, de acordo com seus

interesses, sobre a atuação integral à saúde ou riscos a ela), de trabalho e de formação profissional.

A realidade brasileira expõe uma situação preocupante que vai na contramão de países que estudam formas de se ampliar o escopo de prática dos profissionais de saúde, visando inclusive o compartilhamento de atividades que visem em última análise o benefício a saúde da população. No Canadá, há o exemplo da definição do termo “relação colaborativa” que almeja uma parceria entre médicos e enfermeiros “baseado no respeito e confiança mútua e no entendimento das habilidades e conhecimentos de cada um” (BARANEK, 2005). Outros autores citados por Girardi (2016) apresentam, na mesma linha de entendimento, o conceito de *task shifting*, do qual se destaca um material da Organização Mundial da Saúde de 2007: *Task shifting to tackle health worker shortages* ou na tradução direta Troca de tarefas (ou papéis) para combater a escassez de trabalhadores de saúde, cujo foco se dá nos programas de HIV/AIDS, tendo como meta “acesso universal a programas abrangentes de prevenção, tratamento, cuidado e apoio” (OMS, 2007). O trabalho traz a realidade cruel de diversos países no mundo com absoluta carência de profissionais que possam dar suporte a pessoas contaminadas pelo vírus HIV e que necessitam de suporte e tratamento. Em algumas situações, como em Malawi, existem distritos que não tem médico algum. Este cenário também não é tão distante da realidade brasileira. Após a saída de inúmeros médicos cubanos do PMMB, algumas regiões do país que até então estavam tendo assistência médica voltaram a uma situação de completa escassez como publicado em matéria intitulada “Xingu sofre apagão médico e três crianças indígenas morrem em 11 dias” (JUNQUEIRA, 2019). A matéria deixa evidente a ligação direta observada entre a saída dos médicos do PMMB e o déficit na saúde para os povos indígenas. Isto só corrobora com o déficit de profissionais e sua má distribuição no país atestados por outros estudos (CAMPOS, 2009; EPSM, 2012) e que aparentemente foram excluídos da agenda política brasileira.

O artigo de Pinto e colaboradores (2014) intitulado “O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica” publicado na Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Divulgação em Saúde para Debate de outubro de 2014, traz um apanhado do que foi o PMMB dentro do contexto brasileiro de atenção a saúde e pode subsidiar o leitor a ter mais informações sobre o assunto.

Segundo o material da OMS, *task shifting* é a nomenclatura usada para a delegação de tarefas a trabalhadores de saúde menos especializados, quando apropriado. O documento traz o relato do emprego desta ferramenta em Uganda onde havia uma proporção de um médico para cada 22 mil habitantes. Enfermeiras foram capacitadas para conduzirem o tratamento

antirretroviral, enquanto trabalhadores comunitários assumiam funções de testagem rápida e processos de educação em saúde (OMS, 2007). O trabalho não exclui, contudo, a necessidade de formação e capacitação de novos profissionais, mencionando o alarmante número deficitário de 4 milhões de trabalhadores no mundo.

É, portanto, indispensável que se entenda o trabalho de profissionais dentro de um contexto Intersetorial, tanto dentro da área da saúde como com outras áreas envolvidas.

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais. Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 521).

A atuação em saúde é tão complexa quanto seu próprio conceito, se considerarmos seu contexto ampliado (CECIM et al, 2005).

No nosso país, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), do ano de 1990, definiu no Artigo 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1999; CECIM et al, 2005, p. 34).

Na realidade do Brasil, ao mesmo tempo em que a saúde precisa avançar na articulação com outras políticas públicas e agir nos determinantes sociais, também necessita melhorar sua resolutividade.

### 1.3 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Como esta pesquisa compõe um estudo maior, que será referenciado na etapa de descrição do método, sua base conceitual inicialmente foi a PNAB de 2012. Contudo em vinte e um de Setembro de 2017, foi aprovada a portaria número 2.436 pela Comissão Intergestores Tripartite, determinando a revisão das diretrizes de organização da Atenção Básica. Assim mesmo, em termos de atribuições específicas dos médicos, pouco se alterou do texto de 2012, e em termos das responsabilidades das esferas de governo, também não houve alteração da redação no que tange os estímulos destacados no parágrafo anterior. (BRASIL, 2017).

Como um dos marcos teóricos referenciais para esta pesquisa, a Política Nacional de Atenção Básica de 2012 define atribuições para os profissionais que atuam no âmbito da Atenção Básica através da ESF. Este documento teve sua primeira elaboração em 2006 e

compõe uma revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS brasileira. Nele estão contidos os princípios e diretrizes norteadores do processo de cuidado à saúde no SUS e o detalhamento sobre como ABS se insere neste sistema, o organiza, coordena e estrutura. Além disso, detalha os aspectos técnicos sobre o funcionamento e processo de trabalho que permitirá alcançar cobertura equitativa de saúde a 100% da população brasileira (BRASIL, 2012; ANDRADE et al, 2017).

É a partir deste contexto que a PNAB se destaca para ser uma referência ao escopo de práticas dos profissionais que atuam na APS brasileira. O documento traz um campo para definir as atribuições de cada profissional, dividindo estas entre comuns e específicas. Veja um quadro nesta seção que detalha as atribuições específicas dos médicos.

Há que se destacar que a PNAB também aponta uma série de outras determinações que garantem que de fato estas atribuições dos profissionais sejam factíveis, haja vista a complexidade da atuação no cenário da APS. Por isso, este documento compõe referencial desta pesquisa e é através dele que se traçou elementos do instrumento utilizado com os participantes.

A PNAB aponta, por exemplo, a necessidade de se valorizar os vínculos dos profissionais com a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, além da implantação de carreiras. É destaque também a preocupação com o processo de educação permanente, assim como a articulação interministerial, visando mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde que contribuam para a melhor formação não apenas dos profissionais, mas também dos gestores, a fim de que estes possam se aperfeiçoar para o trabalho na APS. E como último destaque, o incentivo ao desenvolvimento de estudos e pesquisas voltadas ao aperfeiçoamento e disseminação dos assuntos relevantes à APS. (BRASIL, 2012).

Historicamente, um dos problemas relacionados a restrição do escopo de práticas dos médicos na ESF é resultante da graduação, que concentra a maior parte de sua carga horária em atividades teóricas sobre especialidades médicas, além de que os estágios práticos ocorrem principalmente em hospitais ou outros serviços especializados, de forma que ao concluir o curso os profissionais não estão preparados para atuar na atenção primária à saúde. (GOMES et al, 2012). Outras referências importantes para discutir o escopo de práticas dos médicos de família e comunidade são as orientações das sociedades de medicina de família e da literatura especializada. Discutiremos estes temas na próxima seção.

Abaixo segue o quadro 2, onde é apresentada uma comparação das atribuições específicas dos médicos entre os documentos de 2012 e 2017.



Quadro 2 – Comparação da PNAB 2012 à PNAB 2017 com relação as atribuições do médico da equipe de saúde da família.

PNAB 2012	PNAB 2017
I - Realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;	I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);	II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;	III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;	IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;	V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e	VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe; e
VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.	VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Fonte: elaborado pelo autor, com base no texto das PNABs 2012 e 2017 (BRASIL, 2012, p. 47) e (BRASIL, 2017).

#### 1.4 FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A PNAB aponta para mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação que contribuam para a formação de profissionais para o SUS. Nesta perspectiva, reformas têm sido executadas em âmbito nacional com intuito de realinhar a formação em saúde. Destacam-

se os cursos de Medicina, cujas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) mais recentes, do ano de 2014, estabelecem pontos específicos da formação no SUS e na APS.

Art 6 - II: Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

Art 15 - II: estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

Art 24 - § 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência. (BRASIL, 2014)

Contudo, processos anteriores de reformas curriculares já apontavam necessidades de fortalecimento da formação voltada para a APS. Ainda assim, salvo algumas exceções, os processos formativos ainda são centrados nos hospitais universitários e isso ainda se correlaciona com o não reconhecimento da APS como um campo de ação abrangente e integral, no qual se encontra uma imensa complexidade de situações em saúde e que representa a área com maior diversidade de cenários capazes de formar um profissional qualificado (GOMES et al, 2012; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Segundo Gomes et al (2012), as mudanças realizadas em muitas Instituições de Ensino Superior (IES) têm focado numa questão metodológica que não parece ser suficiente para cumprir o papel de formação de profissionais que a sociedade necessita.

Experiências exitosas dialogam com a mudança na formação muito mais relacionada a uma questão de mudança social – de natureza ético-política – entendida como uma transformação radical da cultura do que uma questão de método (GOMES et al, 2012).

Não resta dúvida, contudo, que o cenário da Atenção Básica à Saúde (ABS) é fundamental, não só à formação dos alunos, com cenários ampliados de clínica e saúde coletiva,

mas também como resposta à demanda social persistentemente vigente em nosso país. (CAMPOS, 2007).

O artigo de autoria do Professor Gastão Wagner Campos (2007) estabelece processos ainda atuais de reflexão necessários à prática do ensino na ABS, tais como à relação das IES com os municípios para pactuação dos processos formativos (CAMPOS, 2007). Apesar da ausência de referenciais indexados (não encontrados artigos nas bases BVS e Scielo), existem experiências de escolas médicas que demonstram o sinergismo tanto para a formação (graduação) quanto para à própria qualidade da assistência como o exemplo do campus de formação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Uma prática deste cenário pode ser observada em um vídeo elaborado com alunos na região e de outras do Brasil. (RIFF, 2016)

Cenários como o da escola de medicina de Caruaru são um reflexo de como se pode investir em uma mudança ético-política referida por Gomes et al (2012) que dialogue com os mecanismos adotados pelo estado de incentivo a formação médica no Brasil, tais como a Lei dos Mais Médicos e as DCN (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; ANDRADE et al, 2017).

A questão da formação representa foco significativo da pesquisa, uma vez que se deseja inferir se há influência sobre o escopo de práticas a partir do tipo de formação específica dos médicos que atuam na ESF.

## 1.5 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AOS MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E SEU ESCOPO DE PRÁTICA

A APS tem por características ser resolutiva e representar o ponto de maior acesso ao sistema de saúde. No caso do SUS, a ESF deve estar organizada a responder por 80% a 90% dos problemas de saúde da população e para tal precisa de profissionais capazes de prover cuidados em saúde de forma qualificada e abrangente (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002; CAMPOS et al, 2014; ANDRADE et al, 2017).

Michael Kidd (2016) traz em sua obra, na seção que trata do escopo da medicina de família, uma descrição do trabalho do médico Ian Couper em uma província na África do Sul. O cenário descrito é de uma região com cerca de 100.000 habitantes, cujos cuidados de saúde são providos por uma equipe multiprofissional com médicos de família sob a coordenação do Dr. Couper. Destaca-se que a região é dotada de um hospital, nove consultórios fixos e três consultórios móveis, e que serviços médicos especializados estão distantes 300 km do local. O perfil de atendimentos providos são amplos e demonstram a flexibilidade do escopo da medicina de família que vai desde a atenção assistencial de recém-nascidos crianças e idosos, até o cuidado integral a famílias com ações intersetoriais, aconselhamento para questões de

prevenção e promoção de saúde e cuidados paliativos (KIDD, 2016, p. 53 – Quadro "O trabalho de um médico de família na África do Sul").

Embora médicos de família no mundo todo tenham muito em comum, o escopo real dos serviços pode variar muito dentro dos países e comunidades, dependendo de muitos fatores. Os serviços prestados por médicos de família dependem da prevalência local de doenças e problemas de saúde, da disponibilidade de recursos (como equipamentos ambulatoriais, suprimentos, e a capacidade de pagar à equipe), da extensão do seu treinamento, da organização e financiamento dos serviços de saúde e dos papéis, responsabilidades e disponibilidade de outros profissionais da saúde. (KIDD, 2016, p.53).

No documento "perfil do médico de família e comunidade: definição iberoamericana", a Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), faz um resgate histórico de documentos e encontros internacionais com intuito de definir os atributos do médico de família, levando em consideração as diferentes nuances que influenciam o trabalho deste profissional nos diversos cenários pelo mundo. Como conclusão elenca os elementos que caracterizam o médico de família "cinco estrelas" (CASTILLO et al, 2010; KIDD, 2016, p49):

- Profissional da saúde, que considere o paciente como parte integral de uma família e uma comunidade, e proporcione atenção clínica de alta qualidade, integral, bio-psico-social, espiritual e personalize a atenção preventiva numa relação de longo prazo baseada na confiança.
- Tomador de decisões, que escolhe a tecnologia adequada para o cuidado da pessoa, com critérios éticos e de custo-eficácia, melhorando assim o tipo de atenção prestada.
- Comunicador, que é capaz de promover estilos de vida saudáveis mediante explicações enfáticas e assertivas, outorgando, portanto o poder aos indivíduos e grupos para melhorar e proteger sua saúde.
- Líder da comunidade, que tenha ganhado a confiança da pessoas entre as quais trabalha, e que pode reconciliar as demandas de saúde dos indivíduos com a comunidade, estabelecendo um plano de ação para o benefício desta.
- Membro de uma equipe, que possa trabalhar de forma harmoniosa com outros profissionais do setor saúde e de outros setores, com as pessoas, as organizações, dentro ou fora do sistema sanitário, a fim de satisfazer as necessidades de saúde de seus pacientes e comunidades.

- Preservar e melhorar a qualidade do cuidado, de tal maneira que se dê resposta às necessidades integrais das pessoas. (CASTILLO et al, 2010).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), liderou um processo para criação de um Currículo Baseado em Competência para a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Toda a elaboração durou cerca de um ano e teve como resultado um documento que tem por objetivo "servir de guia para os programas de residência na especialidade no país, assim como nos futuros processos de certificação de especialistas realizados por esta sociedade médica". Assim mesmo, ressalta-se a relativização a depender da realidade local de cada espaço de formação e, ainda como um documento inicial, estar aberto para futuras atualizações somadas justamente a partir da pluralidade de cenários de prática. (LERMEN JUNIOR, [s.d.]

Em estudo da Rede de Observatório em Recursos Humanos em Saúde foi aplicado questionário para médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no qual se buscou definir atuação desses profissionais acerca de ações e procedimentos realizados por médicos em diversos pontos do país. O estudo apontou dificuldades para a manutenção das ações e implementação de novas práticas, tais como falta de materiais e infraestrutura (87,3%) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (GIRARDI et al, 2016).

O artigo traz os termos "ampliado" e "limitado" para definir o escopo de prática dos participantes da pesquisa, mas destaca que "no Brasil, não foram encontradas escalas para avaliar o escopo de prática de médicos" (GIRARDI et al, 2016). A presente pesquisa poderá então se somar no sentido de comparação de resultados e ainda proposição futura de uma escala nacional sugerida por Girardi et al (2016).

A priorização específica de modalidades de atendimento de demanda podem criar um viés a assistência, por um lado excluindo pessoas e limitando seu acesso aos serviços de saúde e por outro se utilizando de um modelo tradicional de queixa-consulta, sendo neste caso incompatível com a própria APS. Um equilíbrio entre demandas programada e espontânea caracteriza uma APS resolutiva com práticas centradas nas pessoas, passando a ser reconhecida "como serviço de procura regular". (SANTOS et al, 2012)

O estudo de Santos et al (2012), trouxe como inovação associações entre características do perfil de médicos e enfermeiros de quatro capitais brasileiras (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) com determinadas práticas assistenciais. O artigo se utiliza

de ações estabelecidas na PNAB de 2006, mas que tem o potencial de dialogar com resultados do presente estudo. (SANTOS et al, 2012).

## 2 JUSTIFICATIVA

A partir dos elementos dispostos na Introdução, espera-se que o leitor compreenda a importância da análise do escopo de práticas como ferramenta inovadora dentro do processo de contínua evolução da forma como se dão os serviços de Atenção Primária no Brasil. A utilização deste elemento já está bem consolidada na literatura internacional, o que fortalece ainda mais os objetivos almejados nesta pesquisa que foi oriunda de processo formativo de Mestrado Profissional. Ademais cabe aqui especificar o cenário em que ocorreu a pesquisa e suas nuances em termos epidemiológicos.

Fortaleza é a quinta capital do país e a segunda no Nordeste em número de habitantes. Está inserida no cenário nacional, apresentando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida. (IBGE, 2010).

A época do estudo, Fortaleza apresentava uma cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família inferior a 50% segundo dados do Ministério da Saúde. Houve inclusive uma redução da cobertura no período que saiu de 46,5% em abril de 2018 para 43,7% em novembro de 2018 (BRASIL, 2019). Este fato corrobora com as perdas ocorridas principalmente entre os profissionais do Programa Mais Médicos, conforme será descrito nesta parte do trabalho. Ainda sobre a cobertura, os dados apresentados no plano municipal 2018-2021 divergem daqueles obtidos no e-Gestor do Ministério da Saúde, apontando uma cobertura da Atenção Básica em 67% (FORTALEZA, 2017). De toda forma, percebe-se um cenário de baixa cobertura.

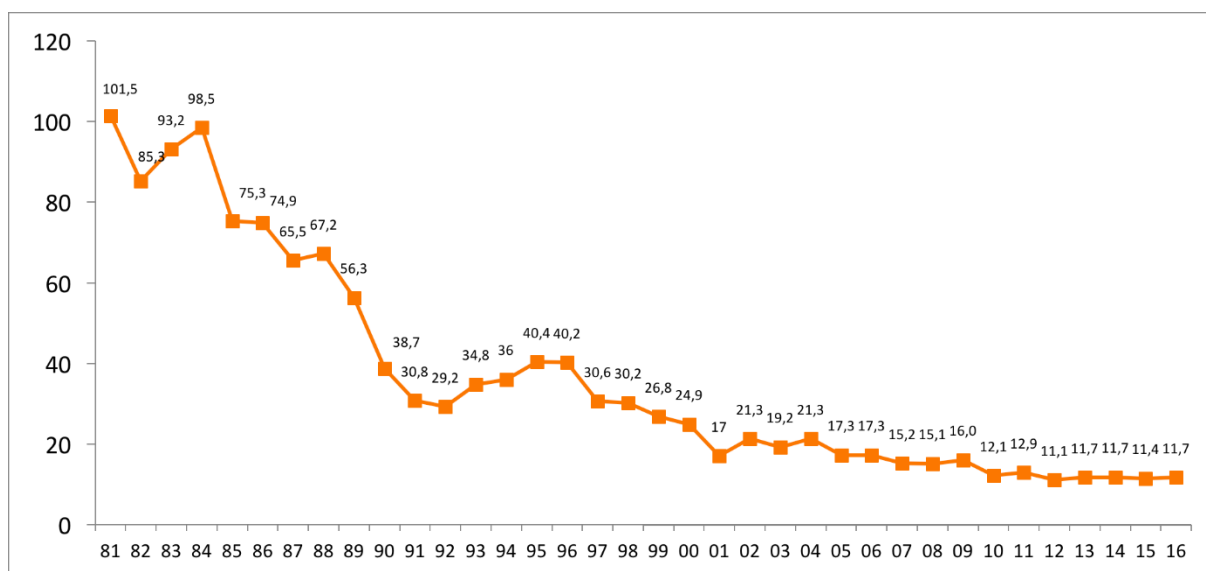
O município tem um panorama geral de melhorias em saúde relacionadas a indicadores como à taxa de mortalidade infantil (TMI) que tem se mantido estável nos últimos quatro anos em taxas na casa de 11 óbitos por mil nascidos vivos, como mostra o Gráfico 1. Pode-se atribuir este panorama a fatores associados à melhoria das condições de vida, a intervenções públicas na área da saúde (estratégia de saúde da família, implantação da estratégia de agentes comunitários de saúde) e educação, e ainda, melhorias de infraestrutura e saneamento básico entre outros aspectos (FORTALEZA, 2017).

Todavia a complexidade epidemiológica caracterizada pela tripla carga de doenças afeta o cenário de assistência de saúde, tornando-se necessário refletir sobre possíveis falhas no processo de atenção (MENDES, 2012; ANDRADE et al, 2017; BARRETO et al, 2017). O

plano municipal de saúde de Fortaleza traz elementos para esta reflexão, apontando necessidade de avaliação da ESF quanto ao acesso e a qualidade do cuidado (FORTALEZA, 2017).

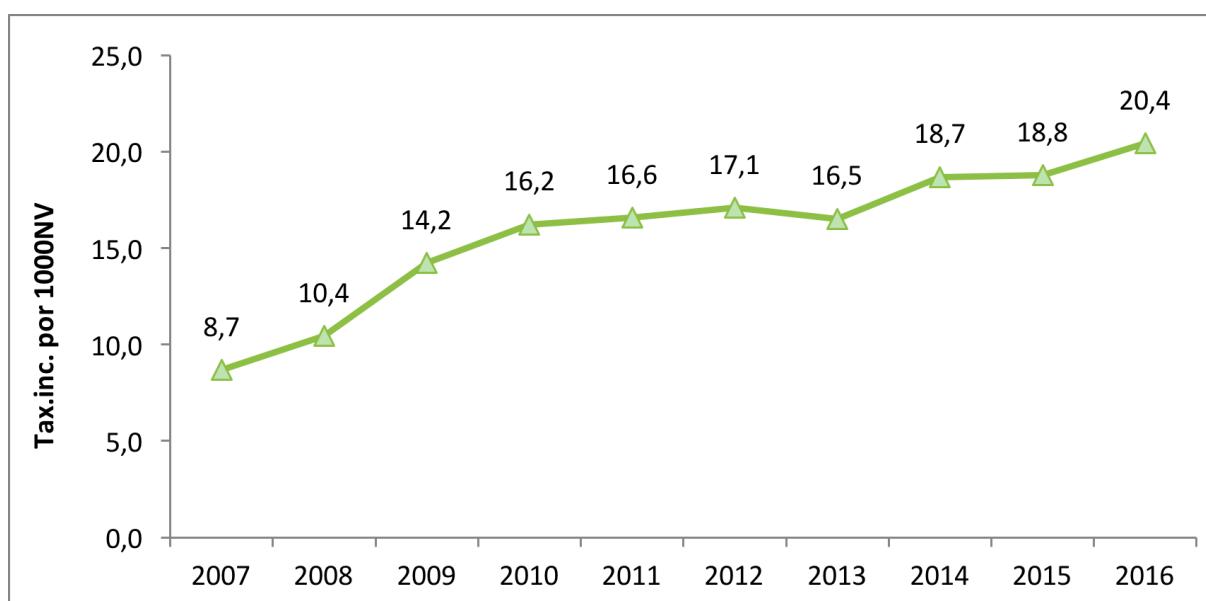
Como destaque estão as crescentes taxas de sífilis congênita em menores de 1 ano (Gráfico 2), incidência de sífilis em gestante (Gráfico 3) e casos de tuberculose (Gráfico 4).

Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade Infantil, Fortaleza, 1981–2016\*



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SIM/SINASC (\*Dados sujeitos a alterações)

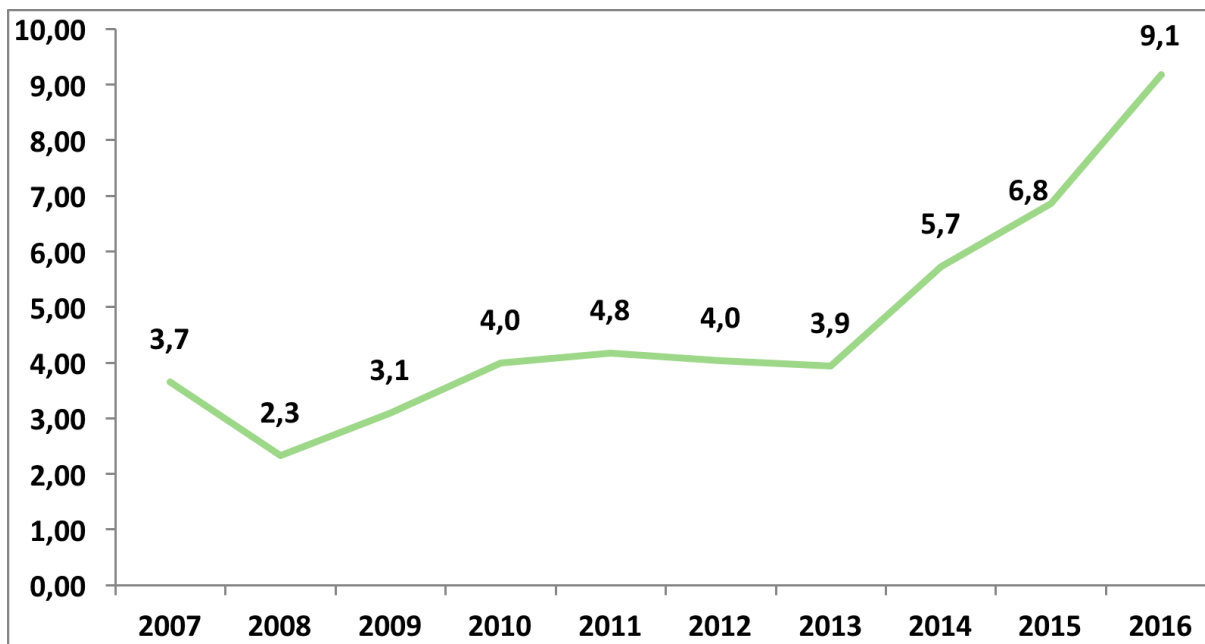
Gráfico 2 – Taxa incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos de mães residentes em Fortaleza, segundo ano de diagnóstico, 2007-2016\*



Fonte: SMS/FORTALEZA. Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN Net \*Dados sujeitos a alterações.

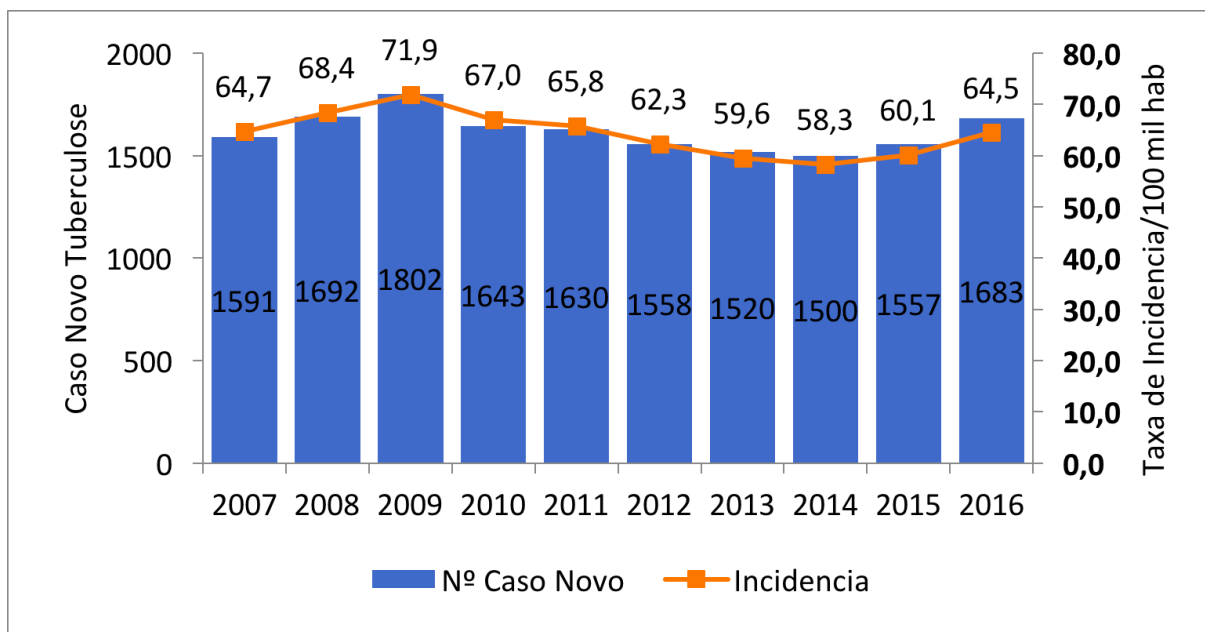


Gráfico 3 – Taxa incidência de sífilis em gestante, residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2007-2016\*



Fonte: SMS Fortaleza/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN Net \*Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4 – Nº de Casos Novos e Incidência de Tuberculose. Fortaleza, 2007 a 2016\*



Fonte: SMS Fortaleza/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN Net\*Dados sujeitos a alterações.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o escopo de prática dos médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Fortaleza no Ceará e suas relações com a formação e titulação em medicina de família e comunidade.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil sociodemográfico, de atuação e formação dos profissionais médicos da ESF de Fortaleza.

Caracterizar a prática e a forma de aprendizado auto referidas de atribuições comuns aos profissionais da ESF pelos médicos;

Caracterizar a prática e a forma de aprendizado auto referidas de atribuições e procedimentos específicos do escopo de práticas do profissional médico;

Investigar os fatores relacionados a uma maior ou menor abrangência do escopo de práticas.

## 4 MÉTODO

### 4.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente estudo é um inquérito quantitativo transversal sobre o escopo de práticas profissionais de médicos da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, realizado por meio da aplicação de um formulário semiestruturado, contendo um total de 111 itens. O instrumento por completo pode ser visualizado no Apêndice 2 deste trabalho. O trabalho de campo contou com participação majoritária de dois mestrandos do mestrado profissional em saúde da família (PROFSAUDE) que compartilharam os resultados dentro de suas dissertações de conclusão.

A pesquisa em foco é um recorte do projeto guarda-chuva “Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará” – CAMPESF – (BARRETO et al, 2017), coordenado pela Professora Dra. Ivana Cristina de Holanda Barreto, pesquisadora da FIOCRUZ-CE. O referido projeto integra a Rede de Pesquisa em Políticas e Modelos de Atenção à Saúde da FIOCRUZ. O autor é participante do mestrado profissional em saúde da família (PROFSAUDE), juntamente com seu maior colaborador Antônio Leonel Mila Junior, e o estudo é componente de sua formação acadêmica.

O projeto CAMPESF tem como objetivo geral analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração interprofissional na ESF do Ceará, contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS. O projeto iniciou em 2016, tem duração prevista de 48 meses e oito etapas de execução.

Segundo Creswell (2010), um projeto de levantamento dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela. A partir dos resultados da amostragem, o pesquisador generaliza ou faz alegações acerca da população.

A pesquisa utilizou a abordagem quantitativa para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis, as quais podem ser medidas tipicamente por instrumentos, de forma que os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

## 4.2 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS E PRINCIPAIS VARIÁVEIS

### 4.2.1 Processo de reelaboração do instrumento

O primeiro grande desafio foi o desenvolvimento do instrumento. No início do Mestrado em abril de 2017, houve um processo de revisão do instrumento original - que investigava dados sócio-demográficos, formação profissional, realização de atribuições comuns aos profissionais da ESF, realização de atribuições específicas do médico e colaboração interprofissional - com intuito de agregar novas perspectivas ao trabalho em proposição. Cabe destacar que o instrumento original já havia sido empregado em uma amostra de profissionais médicos da Regional dois de Fortaleza. A proposta atual seria realizar a pesquisa em uma amostra aleatória de todos os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Procedeu-se então para uma série de reuniões com minha participação, da minha orientadora, da Professora Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer e do mestrando Antônio Leonel Mila Junior, além de outros professores vinculados ao Mestrado.

Dentro deste processo somou-se outra linha de pesquisa do mesmo mestrado que teria o mesmo grupo dos médicos e médicas da ESF de Fortaleza como participantes. Por fim, já no final o ano de 2017, obtivemos um produto do instrumento que foi apresentado em banca de qualificação.

Após a apresentação em banca de qualificação, houve nova oportunidade de se revisar alguns aspectos do instrumento frente a críticas apontadas como a de que o instrumento estava muito extenso e que isso implicaria em uma limitação de sua aplicação. Ao mesmo tempo, tivemos acesso ao instrumento utilizado no estudo publicado em 2016 por Girardi et al, já citado na introdução deste trabalho, que abordava ações e procedimentos possíveis de serem realizados na Estratégia de Saúde da Família de forma mais detalhada que as atribuições específicas determinadas pelas PNAB de 2012 e 2017.

Com estas novas perspectivas em mãos, partiu-se para uma última reelaboração do instrumento que em março de 2018 foi concluído. Nesta última revisão procurou-se incluir, dentro do grupo de atribuições específicas do médico da ESF (parte 3 do instrumento), a realização de procedimentos específicos no sentido de dialogar com o contexto do escopo de práticas do médico(a) da ESF e ainda estabelecer uma formatação mais próxima da que foi feita no trabalho da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) - grupo responsável pela publicação já citada de Girardi e colaboradores.

#### 4.2.2 Instrumento final e suas características

O instrumento concluído é um formulário com perguntas estruturadas e semi-estruturadas com um total de 111 itens. O instrumento apresenta questões divididas em seis partes de modo a compartmentalizar as abordagens. Cada uma das partes está resumidamente apresentada no Quadro 3 que abrange a identificação do profissional, perfil de práticas profissionais a partir de atribuições consideradas comuns aos profissionais da ESF, atribuições específicas do médico da ESF, caracterização do trabalho e situação empregatícia, itinerário formativo e colaboração interprofissional.

Quadro 3 – Conceitos para Atenção Primária à Saúde.

<b>PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
Idade	Estado civil
Sexo	Religião
<b>PARTE 2 – ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ESF</b>	
Territorialização e Diagnóstico de Saúde	
Planejamento	
Atenção Domiciliar	
Demanda Espontânea	
Busca Ativa e Notificação de Agravos e Investigação	
Investigação de agravos relacionados Violência, Óbitos e Saúde Mental	
Coordenação do Cuidado	
Indicadores de Saúde e Avaliação	
Educação Permanente	
Participação Social	
Ações Coletivas na Comunidade	
<b>PARTE 3 – ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS ESPECÍFICAS DO MÉDICO DA ESF</b>	
Atenção à Saúde da Criança	
Atenção à Saúde da Mulher	
Atenção à Saúde do Idoso	
Atenção à Saúde do Homem	
Condições crônicas: Hipertensão / Diabetes; Tuberculose; Hanseníase; IST; HIV / AIDS; Cuidados Paliativos; Saúde Mental; Obesidade.	
Procedimentos na APS	
Outras condições clínicas específicas e prevalentes	
Acompanhamento / atendimento	
Utilização de protocolos para atendimentos	
Encaminhamento na rede de atenção e coordenação do cuidado	
Outras práticas específicas	
<b>PARTE 4 – CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA</b>	
Atuação na ESF	
Vínculo empregatício	
Percepção sobre forma de contratação com correlação aos atributos essenciais da Atenção Primária	
Plano de carreira	
<b>PARTE 5 – ITINERÁRIO FORMATIVO</b>	
Características sobre graduação e pós-graduação	
Formação específica em Medicina de Família e Comunidade	
Campos de trabalho	
Volume e remuneração média de trabalho	
Atuação em Ensino / Preceptoria	
<b>PARTE 6 – COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL OU TRABALHO EM EQUIPE</b>	
Trabalho em equipe	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do formulário de coleta de dados.

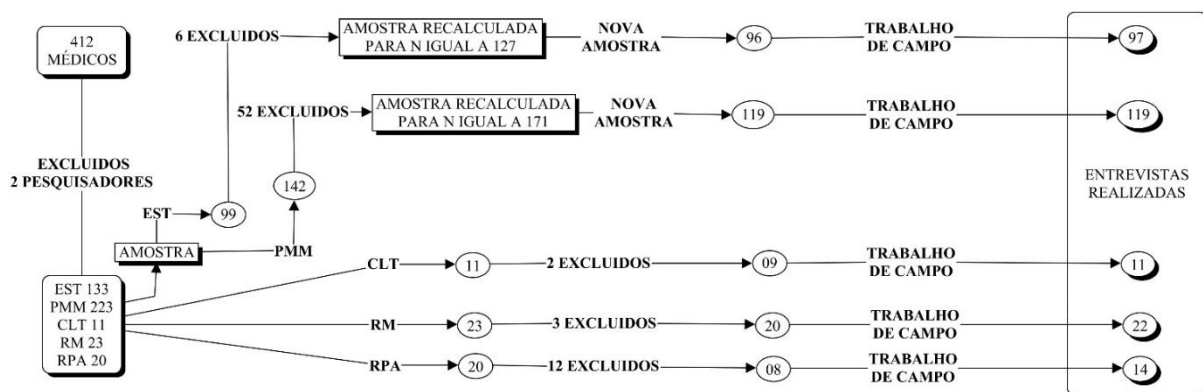
Como se pode perceber, trata-se de um instrumento longo e com múltiplas abordagens. Ressalta-se novamente que este estudo compõe o projeto CAMPESF (BARRETO et al, 2017) e, portanto, o instrumento tem objetivo de abranger outras demandas do projeto para além deste recorte.

#### 4.2.3 Variáveis analisadas no estudo

A presente pesquisa fez uso de um subconjunto de variáveis do instrumento, com destaque àquelas presentes nas partes um, dois, três e cinco. Da parte quatro, utilizou-se apenas o componente sobre a atuação na ESF. Das partes dois e três do instrumento deu-se foco às atribuições em si, sua realização e as dificuldades implicadas em não as realizar. Na análise bivariada, as variáveis dependentes foram sexo, faixa etária, local de formação, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF, vínculo com equipe e características da pós-graduação e titulação.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E CÁLCULO DA AMOSTRA

Figura 1 – Fluxograma da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor.

##### 4.3.1 Cenário inicial da população de médicos e médicas de Fortaleza

Antes de se compreender o processo de aplicação do instrumento, é importante trazer o segundo desafio da pesquisa que foi definir a população que participou do estudo. Esta etapa contou com percalços que implicaram na necessidade de adaptação metodológica para se definir os participantes a serem convidados.

A população do estudo está composta pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família das Regionais de Saúde do município de Fortaleza. Em agosto de 2017 foi obtido o primeiro

documento oficial dos médicos de Fortaleza da coordenação da atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde. Neste documento constava o quantitativo de profissionais por vínculo de trabalho e sua distribuição nas secretarias regionais de Fortaleza, que são em total de seis para efeitos da administração em saúde. Esta primeira listagem não continha dados individuais dos profissionais como nome, contato e sua lotação por UAPS. O total da população de estudo (N) seria de 415 por esta listagem.

Este documento forneceu uma base inicial do montante de profissionais e também a forma como estavam distribuídos pela cidade de Fortaleza. Contudo, o documento era insuficiente para a pesquisa, pois se necessitava de informações individuais dos médicos.

Os documentos seguintes foram recebidos oficialmente através do setor responsável pela Atenção Primária no município em outubro de 2017. Foram recebidos dois documentos. O primeiro, referente ao cadastro de profissionais atualizado até agosto de 2017 trazia uma listagem de todos os médicos e médicas do município organizada de modo a especificar a regional de saúde, UAPS de lotação, nome completo, CPF e forma de contratação. O segundo documento era específico dos profissionais cujo vínculo de contrato se dava pelo Programa Mais Médicos e era referente ao cadastro de profissionais até setembro de 2017. Foram estes documentos que permitiram o trabalho de definição da amostra da pesquisa, contudo, ao longo do processo, ficará evidente que divergências entre estes documentos e a realidade encontrada nas UAPS, e as mudanças no quadro de médicos contratados que ocorreram durante o processo da coleta de dados, implicaram na necessidade de novos cálculos até que se obtivesse os números finais da pesquisa. Este percurso será descrito adiante. Para efeitos de melhor entendimento o primeiro documento será chamado “**Consolidado Geral**” e o segundo “**Consolidado MM**” (referente a Mais Médicos).

#### 4.3.2 Primeira etapa do cálculo amostral e definição dos participantes

O quantitativo de representação da população dos profissionais organizados por vínculo ficou: 11 no grupo CLT - Celetista; 134 no grupo Estatutário - Concurso Público; 224 no grupo Programa Mais Médicos – PROVAB; 23 no grupo Residência Médica e 20 no grupo de contratação temporária – RPA (Quadro 4). Para efeitos de melhor entendimento estes grupos serão chamados por suas abreviações respectivamente: CLT; EST; PMM; RM e RPA.

Os números acima levaram em consideração informação cedida pela SMS-Fortaleza referente a um critério que será explicado mais à frente: foram excluídos da população de profissionais àqueles com tempo inferior a seis meses de atuação na ESF do município. Isto afetou apenas o quantitativo do grupo RPA.

Dos profissionais médicos, à época da obtenção dos consolidados junto a Secretaria Municipal de Saúde, constavam 3 médicos ainda participantes do PROVAB, contudo, no momento da aplicação do instrumento, estes profissionais já haviam encerrado suas atividades. Portanto, o vínculo por programa de provimento, para efeito desta pesquisa, deu-se exclusivamente através do Programa Mais Médicos, mas manteve-se a nomenclatura do PROVAB, pois é como está escrito no formulário.

Quadro 4 – Quantitativo de Médicos para cálculo da amostra da pesquisa. Segunda e terceira listagens, Consolidado Geral e MM, respectivamente.

<b>Vínculo</b>	<b>População</b>
CLT - Celetista (CLT)	11
Estatutário - Concurso Público (EST)	134
Programa Mais Médicos - PROVAB (PMM)	224
Residência Médica (RM)	23
Temporário - RPA (RPA)	20
<b>Total</b>	<b>412</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da SMS Fortaleza / Célula de Atenção Primária à Saúde.

Inicialmente a proposta era calcular uma amostra por sorteio. A partir dos documentos, far-se-ia uma listagem completa dos profissionais, sortear-se-ia a amostra, definindo-se quais seriam convidados e se agendaria as entrevistas. Contudo, foi possível observar, no momento em que se trabalhou com o consolidado geral, inconsistências em diversas informações dos profissionais, incluindo a forma de contratação. Sem a certeza de que a lista era fidedigna, e ainda sem dados mais precisos dos profissionais tais como contato telefônico, surgiu a necessidade de se readaptar a forma como estes seriam abordados no trabalho de campo, tornando a ideia original do sorteio descartada.

É preciso destacar que o processo inicialmente pensado almejava não apenas calcular uma amostra do número total de profissionais e então sortear quais seriam selecionados. Era de interesse da pesquisa que os grupos minoritários estivessem presentes em sua totalidade, portanto CLT, RM e RPA seriam todos convidados. A presença de inconsistências no consolidado geral não nos garantia que o quantitativo presente ali de fato representasse a totalidade desses profissionais, nem se estariam lotados nas UAPS que estavam ali informadas. Já os outros dois grupos EST e PMM, como de fato possuíam um maior quantitativo populacional, haveriam de ser definidos por meio de cálculo amostral.

Como o consolidado MM estava com informações mais precisas (não se observou erro neste documento), e se tinha uma maior insegurança quanto à fidedignidade no consolidado geral do grupo EST, o grupo da pesquisa definiu que: 1. os grupos minoritários seriam



entrevistados em sua totalidade, isto incluiu os CLT, RM e RPA; 2. os grupos com quantitativo maior de profissionais seriam entrevistados considerando-se um cálculo amostral.

#### 4.3.3 Por que se optou pela estratificação dos participantes por vínculos?

A estratificação da amostra por forma de contratação se deu em razão de ser este o critério de classificação utilizado nas listagens obtidas da SMS-Fortaleza. Assim mesmo, para fins da pesquisa, a estratificação dos profissionais desta forma foi conveniente, pois a pesquisa tem por objetivo analisar o escopo de práticas dos profissionais médicos da ESF de Fortaleza, e um ponto de destaque a ser analisado é a formação, ou seja, saber se a residência médica em medicina de família e comunidade, dentre outros processos formativos, está relacionada a um o escopo de práticas mais amplo entre os médicos.

Há ainda referências que apontam possível associação entre escopo de práticas e formas de pagamento, mesmo não sendo este um foco para o estudo. Em estudo de Wong e Stewart (2010), foi identificada associação negativa entre pagamento *fee-for-service* isolado e escopo de prática, enquanto outras estratégias de pagamento apresentaram um escore de escopo de prática maior. Isto deve guiar futuras análises a partir dos dados coletados.

A estratificação da amostra abrangeu cinco grupos (Quadro 5):

- CLT - Celetista (CLT) que abrange os profissionais contratados por meio de seleção pública com prazo determinado para encerramento de suas atividades, variável de acordo com regras específicas de cada edital de seleção e que tem seu vínculo de trabalho regulamentado pela CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) (BRASIL, 1943).
- Estatutário - Concurso Público (EST) do qual fazia parte o segundo maior quantitativo de médicos, em sua maioria contratados através de processo que lhes garante permanência na atuação por tempo indeterminado, sendo, portanto, o vínculo com maior possibilidade de permitir ao profissional continuar na ESF.
- Programa Mais Médicos - PROVAB (PMM) em que estavam incluídos os profissionais do programa de provimento do governo federal (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013). Observa-se que a cidade de Fortaleza tinha e ainda tem, até o momento de publicação deste estudo, a maioria de seus médicos da ESF com este tipo de vínculo.
- Residência Médica (RM) em que se incluem exclusivamente os médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade em atuação durante o período da pesquisa. Estes médicos apesar de não assumirem equipes da ESF, atuam como tais sob a supervisão de preceptoria das instituições de ensino responsáveis por sua formação que no estado de

Ceará são compostas pela Universidade Federal do Ceará, a Escola de Saúde Pública do Ceará e pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

- Temporário - RPA (RPA) é o grupo composto por médicos que prestam serviços a SMS-Fortaleza por meio de uma atuação dita como autônoma.

#### 4.3.4 Cálculo amostral e número de entrevistas

Definida, portanto, a população e sua estratificação, passou-se a etapa de cálculo da amostra dos grupos maiores, EST e PMM, e de definição da abordagem aos participantes para convite a pesquisa. O cálculo foi através da definição de amostra para populações finitas. Para o cálculo amostral simples foram utilizados: intervalo de confiança (IC) 95%, P=50%, Q=50% e erro amostral de 5%. Apenas se excluiu do total da população, o número correspondente aos dois pesquisadores, um do grupo EST e outro do grupo PMM. Com o cálculo amostral obtivemos o seguinte quantitativo de profissionais a serem entrevistados: um total de 99 profissionais do grupo EST e 142 do grupo PMM. Os demais grupos seriam entrevistados em sua totalidade a fim de garantir maior representatividade destes grupos. Portanto ficou estabelecida uma amostra de 295 profissionais a serem entrevistados.

#### 4.3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Para além da exclusão dos dois médicos mestrados responsáveis pela pesquisa, como mencionado, os profissionais que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados e os com menos de 6 meses de atuação também foram excluídos. Cabe destacar que apenas profissionais do grupo RPA foram excluídos do Consolidado Geral por terem menos de 6 meses de atuação, não havendo influência deste critério sobre os demais grupos.

O critério de seis meses foi definido como um mínimo necessário para os profissionais pudessem ter condições de avaliar seu trabalho no tocante a atuação no cenário da ESF. Cabe destacar que não foi identificada uma referência específica a este período de atuação, sendo esta uma decisão colegiada do grupo baseada na experiência dos dois mestrados pesquisadores que trabalham neste cenário. Para os demais grupos cujas populações eram menores, todos seriam entrevistados independentemente de estarem ou não na lista. Esta decisão foi tomada de modo a não se perder participantes dos grupos menos representativos.

#### 4.3.6 Coleta de dados

As entrevistas tiveram início em sete de abril de 2018. 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, RPA). Durante as visitas, os pesquisadores entrevistariam o maior número possível de profissionais e, a partir de informações junto a coordenação da UAPS, avaliariam a necessidade e momento oportuno de retornar a UAPS para fazer outras entrevistas.

O cerne desta metodologia estava em otimizar o trabalho dos pesquisadores, haja vista as dificuldades que se impuseram para um melhor planejamento das entrevistas. Dentre estas dificuldades se destacaram: a falta de contato com os médicos, como já mencionado, e a não disponibilidade de escalas com o horário em que os profissionais estariam nas UAPS. Neste ponto cabe destacar que o horário de funcionamento das UAPS em Fortaleza é de sete às dezenove horas e que os profissionais podem estabelecer suas escalas de modo a cumprir trinta e duas horas de assistência de forma pactuada com a gestão local da UAPS, desde que sejam obedecidas certas regras, das quais se destaca não exceder oito horas de trabalho por dia. Para atingir a amostra calculada de profissionais foi necessário a visita de 98 do total de 111 UAPS de Fortaleza, o que garante a representatividade da amostra.

Durante o processo de entrevistas, percebeu-se o quanto os documentos usados para o planejamento foram-se tornando defasados, principalmente no tocante aos profissionais do Programa Mais Médicos, pois ao longo do trabalho de campo muitos foram-se desligando e os novos médico(a)s integrados não podiam ser entrevistados devido aos critérios de exclusão estabelecidos.

Contabilizando-se todo o processo, pode-se destacar os seguintes números e tipos de mobilidade dos médicos da ESF: um total de 69 desligamentos, ou seja, o profissional não atuava mais na ESF; 18 profissionais de licença ou férias; 26 recusas em participar da pesquisa e ainda 20 profissionais listados com quem não conseguimos estabelecer contato, seja através da UAPS, com a ajuda da coordenação, seja tentando contato telefônico. Ao final do trabalho de campo foram somadas 263 entrevistas dentro de um universo de 405 abordagens, consideradas todas as formas de contato e/ou obtenção de contato do profissional. O Quadro 5 mostra em detalhes esses números.

Quadro 5 – Distribuição da população de médicos e descritivo de entrevistas e perdas no processo da pesquisa. N<sup>1</sup> - Quantitativo inicial da população conforme consta no quadro 4, retirados os 2 pesquisadores.

Vínculo	N <sup>1</sup>	n <sup>1</sup>	Entrevistas realizadas	Desligados	Exclusões	Licença ou férias	Recusas	Dispensas e Incontactáveis	Abordados
CLT	11	11	11	1	1	0	0	0	13
EST	133	99	97	5	1	7	17	6	133
PMM	223	142	119	52	0	11	7	19	208
RM	23	23	22	0	0	0	2	1	25
RPA	20	20	14	11	1	0	0	0	26
<b>Total</b>	<b>410</b>	<b>295</b>	<b>263</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>405</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da coleta.

Percebe-se que o total de abordagens foi quase igual ao quantitativo total da população que foi considerada para a pesquisa. Isto se justifica porque, conforme mencionado e observado no Quadro 5, foram agregadas entrevistas de profissionais dos grupos minoritários que não estavam originalmente nos consolidados fornecidos pela SMS-Fortaleza em um total de 10. A totalidade dos profissionais do grupo EST da amostra foram abordados, e apenas 15 profissionais do PMM restaram a ser contatados para participar da entrevista uma vez que se fora atingido o quantitativo amostral almejado, e mesmo no caso desses últimos foi tentado alguma forma de contato através da coordenação da UAPS ou por telefone. Foram entrevistados profissionais de 98 das 111 UAPS que estavam descritas no consolidado geral. Por fim ainda ocorreram 11 exclusões de profissionais que foram entrevistados, pois não atendiam aos critérios de inclusão.

As entrevistas foram concluídas em novembro de 2018, com a última tendo sido realizada no dia 12 deste mês. Previamente a construção do banco de dados foi necessário ser feito uma série de revisões que permitissem a certeza de que nenhuma entrevista a mais precisava ser feita para se dar por encerrada a coleta de dados. Foram um total de 9 meses de coleta de dados com a participação de dois mestrados do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), de 11 entrevistadores previamente capacitados, sendo uma enfermeira, uma médica, e 9 estudantes das faculdades de medicina de Fortaleza.

#### 4.3.7 Números finais dos participantes da pesquisa

Em função da perda de 23% dos médicos do PMM, e de 4,5% dos médicos EST inicialmente informados pela gestão do município, foi necessário reduzir a população inicialmente considerada nos grupo EST e PMM, retirando-se dali o quantitativo de profissionais que haviam se desligado do trabalho com a ESF, para que então se calculasse a nova amostra para se ter como meta.

Então do grupo EST foi deduzido o número de 6 profissionais (5 desligados e 1 excluído, pois pertencia ao grupo PMM) e do grupo PMM 52 profissionais (desligados). Com o novo cálculo amostral, a amostra de médicos EST ficou em 96 e a do PMM em 119. O quadro 6 resume o fim deste processo com os números finais de participantes de acordo com os grupos estratificados.

Quadro 6 – Quantitativo de profissionais a serem entrevistados na pesquisa após correção da população.

<b>Vínculo</b>	<b>Meta de Entrevistas</b>
CLT - Celetista (CLT)	11
Estatutário - Concurso Público (EST)	96
Programa Mais Médicos - PROVAB (PMM)	119
Residência Médica (RM)	22
Temporário - RPA (RPA)	14
<b>Total</b>	<b>262</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da coleta e revisão dos números da população.

#### 4.3.8 Distribuição dentro das coordenadorias regionais de saúde

O município está dividido em Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), sendo um total de seis que coincidem geograficamente com as Secretarias Executivas Regionais (SER) e mais uma específica da região do centro da cidade. Esta divisão é uma forma de descentralizar a gestão e permite uma análise situacional do município mais específica. No Quadro 7 observa-se o percentual de médicos entrevistados sobre o total de médicos existentes em cada regional, sendo necessário reconhecer como limitação do estudo que o percentual de médicos entrevistados das regionais 5 e 6 foi menor que o percentual médio de entrevistados nas regionais.

Quadro 7 – Distribuição dos médicos da ESF de Fortaleza segundo coordenadoria regional de saúde (CORES) e por vínculo de trabalho. Dados finais. N<sup>1</sup> - Quantitativo inicial da população conforme consta no quadro 6, retirados os 2 pesquisadores. Rel. E/N<sup>1</sup>(%) – Porcentagem de entrevistados do N<sup>1</sup>.

CORES	EST	PMM	CLT	RPA	RM	N <sup>1</sup>	Entrevistados	Rel. E/N <sup>1</sup> (%)
<b>Regional 1</b>	15	33	3	3	8	63	43	69,35%
<b>Regional 2</b>	22	18	2	1	4	47	39	82,98%
<b>Regional 3</b>	19	40	1	3	4	67	44	65,67%
<b>Regional 4</b>	10	30	1	1	0	43	30	71,43%
<b>Regional 5</b>	23	53	0	1	2	79	36	45,57%
<b>Regional 6</b>	44	49	4	11	5	113	71	62,83%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>223</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>410</b>	<b>263</b>	<b>64,15%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados finais da pesquisa.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no software epidata versão 1.4.0.0 e analisados por meio do software SPSS versão 23. Para as características de natureza qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa, inclusive para as variáveis faixa etária, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e tempo de atuação na equipe que foram dicotomizadas segundo a mediana encontrada. 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%.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com médicos e médicas que atuam na estratégia de saúde da família no município de Fortaleza no Ceará. 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 dos objetivos da pesquisa, seus benefícios e potenciais danos através de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – Apêndice 1.

Haja vista tratar-se de pesquisa isenta de procedimentos experimentais, os riscos envolvidos são de cunho social, na medida em que o questionário aplicado demandou tempo do participante e reflexão sobre sua prática profissional. Foi garantido o sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes mediante identificação por meio de numeração não correlacionada a qualquer dado pessoal. Também será garantida a possibilidade, a qualquer momento da pesquisa, de desistência da participação, sem qualquer ônus ao participante. Por fim, os participantes foram informados do potencial benefício da pesquisa, na medida em que subsidie processos de aprimoramento das práticas profissionais no âmbito da estratégia de saúde da família a partir de diálogos com a gestão os próprios profissionais da rede.

O projeto obteve anuência da SMS-Fortaleza 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.

#### 4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Pretende-se que os resultados sirvam de subsídios para a gestão do município de Fortaleza no intuito de promover melhorias junto aos profissionais, de forma que estes aprimorem as atuais práticas no campo da ESF. Também serão buscados meios de se publicarem os resultados de forma ampla e com capilaridade, difundindo em meio a comunidade acadêmica e profissional, propiciando tomadas de decisão orientadas por evidências.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados através de tabelas que sintetizam os dados obtidos a partir da análise do banco de dados em uma sequência que dialoga com os objetivos específicos do trabalho

### 5.1 DADOS DESCRITIVOS DOS PARTICIPANTES E SEU ESCOPO DE PRÁTICA

A maioria dos participantes era do sexo feminino (51,3%), com idade inferior a 39 anos (63,5%), formados no Brasil (89,4%) a menos de 10 anos (54,4%), e atuavam na ESF por um tempo menor ou igual a 6 anos (52,1%) e na mesma equipe por um tempo menor ou igual a 2 anos (51,7%) (Tabela 1).

Com relação a titulação e a 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.

Foi também identificado a distribuição dos participantes pelas regionais de Fortaleza.

A Tabelas 2 traz frequências da realização de atribuições comuns aos profissionais da ESF segundo a PNAB 2012 realizadas pelos médicos, assim como o percentual de médicos que declaram saber fazer as respectivas atribuições. Na Tabela 3 são apresentadas as frequências de atribuições específicas do médico segundo a PNAB 2012, bem como outras ações e procedimentos não detalhados na PNAB, mas que podem ser realizados na atenção primária à saúde.

Na Tabela 2 verifica-se que todos os profissionais declararam realizar atendimento à demanda espontânea. Próximo à metade, realizavam ações de planejamento e gestão, como diagnóstico de saúde (54,4%), territorialização (46,8%) e monitoramento de ações por meio de dados do eSUS (15,2%).



Tabela 1. Perfil sociodemográfico e de formação, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2018. N = 263.

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	135	51.3
Masculino	128	48.7
<b>Faixa etária</b>		
24 a 29	46	17.5
30 a 39	121	46.0
40 a 49	59	22.4
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 graduação (anos)</b>		
0 a 5	106	40.3
6 a 10	37	14.1
11 a 15	39	14.8
16 a 20	30	11.4
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 e MFC	25	9.5
Não	177	67.3
<b>Tempo de atuação na ESF</b>		
≤ 6 anos	137	52.1
> 6 anos	126	47.9
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
≤ 2 anos	136	51.7
> 2 anos	127	48.3
<b>Regional</b>		
CORES 1	43	16,3
CORES 2	39	14,8
CORES 3	44	16,7

CORES 4	30	11,4
CORES 5	36	13,7
CORES 6	71	27,0

CORES - Coordenadoria Regional de Saúde.

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

Atividades que envolvem participação social são pouco desempenhadas, como ações intersetoriais (39,2%), participação no conselho de saúde (18,3%), contudo os profissionais informaram serem capazes de desempenhá-las, 70% e 63,5% respectivamente. A notificação de violência tem um desempenho 50% inferior a notificação de doenças e representa a atribuição com maior diferença entre a capacidade de realizar e a realização (49,4%).

Outros aspectos das atribuições comuns serão apresentados na sequência desta seção. A tabela 3 sintetiza de forma análoga as atribuições específicas dos médicos da ESF de Fortaleza. Da mesma forma, outros detalhamentos da parte 3 do instrumento serão também apresentados na sequência.

Tabela 2. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Realizam		Sabe fazer	
	n	%	n	%
Demanda espontânea	263	100.0	263	100.0
Visita domiciliar	254	96.6	263	100.0
Coordenação do cuidado	226	85.9	258	98.1
Notificação doenças	199	75.7	252	95.8
Investiga agravos da saúde mental	189	71.9	242	92.0
Participa de reuniões de equipe	182	69.2	258	98.1
Colabora na educação permanente de outros profissionais	145	55.1	246	93.5
Diagnóstico de saúde da área de abrangência	143	54.4	228	86.7
Ações coletivas (palestras, grupos)	143	54.4	250	95.1
Territorialização	123	46.8	222	84.4
Utiliza protocolo de acolhimento	115	43.7	212	80.6
Ações intersetoriais	103	39.2	184	70.0
Notificação violência (Criança, idosos e mulheres)	100	38.0	230	87.5
Investigação de óbitos	91	34.6	208	79.1
Participação no conselho de saúde	48	18.3	167	63.5
Monitora ações por meio do eSUSAB	40	15.2	104	39.5

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

Todos os profissionais entrevistados afirmam realizar atendimentos de pessoas com hipertensão e diabetes (100%), 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 a realização foi superior a 90% e um total de 26 com frequência acima de 50%.

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%), crioterapia para verruga genital (42,6%). Há 8 atividades que menos de 10% realiza, dentre estas, remoção de lesões de pele (2,3% - apenas 6 profissionais) e inserção de DIU (4,6%).

Tabela 3. 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		Sabe 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
Epigastria / 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
IST (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) (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/AIDS (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
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

IST: Infecções sexualmente transmissíveis. PVHIV/AIDS: Pessoa vivendo com HIV/AIDS.

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

Dentre as situações apontadas pelos médicos como motivos para não realização das atribuições, a falta de materiais e infraestrutura, e a indisponibilidade de tempo aparecem com maior frequência, tanto para atribuições comuns como para específicas. A Tabela 4 mostra que o fator tempo é apontado por mais da metade dos profissionais no caso das atribuições comuns e a Tabela 5 revela que a maioria (95,1%) indica a infraestrutura como principal empecilho a realização das atribuições, procedimentos e ações específicas do médico. Situações como falta de demanda para realização das atribuições ou desinteresse por parte dos profissionais não atingiram 10% de frequência.

Tabela 4. Situações apontadas pelos médicos como motivos para não realizar procedimentos e ações comuns aos profissionais da estratégia saúde da família que sabem fazer. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Por que não realiza na UBS os procedimentos que sabe fazer</b>		
Não considero uma atribuição do médico da ESF	14	5.3
Não disponho de tempo	177	67.3
Não me sinto seguro(a)	44	16.7
Não tenho interesse	22	8.4
Estas ações não são ofertadas pela gestão	96	36.5
Estas ações não são planejadas pela minha equipe	118	44.9
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	122	46.4
Não conheço a rede de serviços de referência	28	10.6
Não existe demanda para realização destes procedimentos	14	5.3
Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos	82	31.2

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

Tabela 5. Situações apontadas pelos médicos como motivos para não realizar procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica que sabem fazer. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Por que não realiza na UBS os procedimentos que sabe fazer</b>		
Não considero uma atribuição do médico da ESF	28	10.6
Não disponho de tempo	140	53.2
Não me sinto seguro(a)	78	29.7
Não tenho interesse	18	6.8
Estas ações não são ofertadas pela gestão	124	47.1
Estas ações não são planejadas pela minha equipe	103	39.2
Falta de materiais e infraestrutura inadequada	250	95.1
Não conheço a rede de serviços de referência	10	3.8
Não existe demanda para realização destes procedimentos	18	6.8
Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos	77	29.3

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

As Tabelas 6 a 11 apresentam dados mais detalhados relativos à realização das atribuições que foram descritas até aqui. Sobre visitas domiciliares (Tabela 6), o grupo que mais recebe atenção para esta atividade é dos acamados, enquanto pacientes faltosos são visitados pelos médicos em menos de 10% das situações. A maioria dos médicos declara realizar visitas em uma periodicidade quinzenal.

Tabela 6. Caracterização das visitas domiciliares realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Tipos de visita domiciliar que realiza</b>		
Recém-nascidos	83	31.6
Puérperas	101	38.4
Acamados	250	95.1
Pessoas com necessidades especiais	209	79.5
Pacientes faltosos	19	7.2
Pacientes com vulnerabilidade social	135	51.3
Pacientes com agravos em saúde mental	164	62.4
<b>Periodicidade das visitas</b>		
Semanalmente	68	25.8
Quinzenalmente	153	58.2
Mensalmente	28	10.6
Outro	7	2.7
Não se aplica	7	2.7

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

A maioria dos profissionais declara realizar todos os tipos de atividades voltadas para prevenção ao câncer de colo uterino e de mama listadas no formulário (Tabela 7). Contudo, ressalta-se que apenas 11,4% realizam o Papanicolau, conforme mostrado na Tabela 3.

Tabela 7. Caracterização das atividades de prevenção ao câncer de colo uterino e de mama realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Faz interpretação dos resultados da citologia oncótica do colo uterino</b>		
Sim	257	97.7
Não	6	2.3
<b>Se realiza diagnóstico precoce de câncer de mama em mulheres, que tipo de exames realiza (n=257)</b>		
Inspeção e palpação das mamas	204	79.4
Solicitação de mamografia segundo protocolos de rastreamento	233	90.7
Encaminhamento para serviço de referência se mamografia alterada	228	88.7

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

Foram pesquisadas variáveis específicas relacionadas a ações em saúde mental (Tabela 8). Todas as características apresentaram frequência superior a 50%, sendo os transtornos mentais comuns o tipo de agravo que os médicos declararam mais acompanhar. Mesmo quando considera o total de participantes da pesquisa (N=263), o acompanhamento de agravos a saúde mental permanece com frequência elevada, tendo sido declarado por 92,8% dos entrevistados.

Dentro do contexto dos transtornos mentais graves e persistentes, a repetição de prescrição é a ação desempenhada em maior frequência, e o monitoramento da frequência de retornos em menor. Cabe lembrar que a coordenação do cuidado enquanto atribuição comum foi mencionada por 85,9% dos médicos na Tabela 2.

Tabela 8. Caracterização das ações em saúde mental realizadas pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Agravos a Saúde Mental que faz acompanhamento (n=244)</b>		
Transtornos mentais comuns	238	97.5
Uso crônico de benzodiazepínicos	233	95.5
Uso de álcool e outras drogas	169	69.3
Transtornos mentais graves e persistentes	181	74.2
<b>Se faz acompanhamento com pacientes com Transtornos mentais graves e persistentes, que tipo de acompanhamento faz? (n=181)</b>		
Cuidado de agravos a saúde geral, conforme os programas oferecidos	149	82.3
Visita domiciliar	120	66.3
Monitoramento de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental	136	75.1
Monitoramento da frequência de retornos a atenção especializada em saúde mental	99	54.7
Revisão do tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental	117	64.6
Repetição de prescrição da atenção especializada em saúde mental	176	97.2
Cuidado compartilhado	101	55.8
Outros	8	4.4

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

Na Tabela 9 estão listados uma série de atendimentos para os quais foi questionado aos médicos sobre a utilização de protocolos. As frequências relatadas aqui foram pesquisadas enquanto atribuições nas partes 2 e 3 do formulário a exceção dos atendimentos relacionados a saúde do trabalhador e saúde do adolescente que não foram indagados em outros pontos da entrevista. Estes dois atendimentos foram os que apresentaram menor frequência para utilização de protocolos, respectivamente 5,7% e 11%.

Tabela 9. Utilização de protocolos para atendimentos pelos médicos da ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Utiliza protocolos para atendimentos que realiza na Unidade de Saúde</b>		
Sim	227	86.3
Não	36	13.7
<b>Quais protocolos utiliza (n=227)</b>		
Hipertensão	207	91.2
Pré-natal	205	90.3
Tuberculose	205	90.3
Diabetes	197	86.8
Hanseníase	159	70.0
Puericultura	153	67.4
Prevenção ao câncer de mama	149	65.6
Prevenção ao câncer do colo uterino	123	54.2
Saúde do trabalhador	13	5.7
ISTs	105	46.3
Saúde da criança	95	41.9
Recém-nascidos	87	38.3
Atenção domiciliar	77	33.9
Planejamento familiar	71	31.3
Saúde mental	66	29.1
Idosos	61	26.9
HIV/AIDS	59	26.0
Puerpério	55	24.2
Saúde do homem	53	23.3
Obesos	37	16.3
Saúde do adolescente	25	11.0

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

A Tabela 10 traz mais informações que se relacionam com a coordenação do cuidado (frequência de 85,9% - tabela 2). O ato de encaminhar pacientes para outros pontos de atenção faz parte do trabalho de todos os profissionais, sendo que 60,1% tem uma média de encaminhamentos de até 20% dos pacientes que atende.

O serviço de destino dos encaminhamentos mais prevalente foram ambulatórios especializados ou policlínicas, com quase 80%. Cabe destacar que a intenção aqui foi apontar o serviço para o qual se encaminhava com maior frequência, estabelecendo-se uma hierarquia.

Mais de 90% dos profissionais referiu continuar acompanhando o plano terapêutico das pessoas que acompanha na atenção primária – frequência próxima da coordenação do cuidado



(85,9%). Dentre aqueles que não acompanham, a quase totalidade (22 de 23) estabeleceu como motivo o fato de não receber contrarreferência dos serviços para onde encaminha.

Tabela 10. Características de encaminhamentos para outros pontos de atenção realizados pelos médicos na ESF e continuidade do cuidado dos usuários. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Encaminha usuários a outros pontos de atenção quando necessário</b>		
Sim	263	100.0
Não	0	0.0
<b>A cada 10 pacientes que atende, em média, quantos encaminha para outros pontos</b>		
0 a 2	158	60.1
3 a 4	72	27.4
5 a 6	21	8.0
7 ou mais	6	2.3
Não sabe	6	2.3
<b>Para que tipo de serviço tem encaminhado os usuários mais frequentemente</b>		
Ambulatório especializado ou Policlínica	209	79.5
UPA ou serviço de urgência	34	12.9
Hospital secundário	9	3.4
Hospital terciário	5	1.9
Outros	2	0.8
CAPS	4	1.5
<b>Continua acompanhando o plano terapêutico dos usuários depois que retornam do serviço de referência</b>		
Sim	240	91.3
Não	23	8.7
<b>Motivo de não acompanhar o plano terapêutico após o retorno do serviço (n=23)</b>		
Não considero uma atribuição do médico da ESF	1	4.3
Não disponho de tempo	6	26.1
Não me sinto seguro(a)	0	0.0
Não tenho interesse	2	8.7
Não recebo contrarreferência dos serviços para onde encaminho os usuários	22	95.7
Outro	2	8.7

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

Sobre o acompanhamento de pessoas em internação domiciliar, há uma frequência semelhante entre aqueles que declararam acompanhar e os que declararam não acompanhar. Contudo, o principal motivo declarado para não realizar o acompanhamento foi a inexistência de pessoas com esta demanda na área de abrangência da equipe (76,9%).

Tabela 11. Características de acompanhamento de pessoas em internação domiciliar realizados pelos médicos na ESF. Fortaleza, 2018. N=263.

Variáveis	n	%
<b>Acompanha pessoas em internação domiciliar</b>		
Sim	144	54.8
Não	117	44.5
Não se aplica	1	0.4
Não respondeu	1	0.4
<b>Por que não acompanha pessoas em internação domiciliar (n=117)</b>		
Não considero uma atribuição do médico da ESF	4	3.4
Não disponho de tempo	16	13.7
Não me sinto seguro(a)	4	3.4
Não tenho interesse	3	2.6
Não tenho pessoas em internação domiciliar na área de abrangência da equipe	90	76.9
Outros	13	11.1

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

## 5.2 ESCOPO DE PRÁTICA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Dentro das atribuições (procedimentos, atividades e ações de saúde) comuns aos profissionais da ESF, houve uma mediana de realização de 9, de um total de 16 atribuições listadas no formulário. Já as atribuições específicas a mediana de realização foi de 24, de um total de 38 listadas. Ambos os valores apresentam diferença significativa ( $p < 0.001$ ) quando comparadas às medianas das atribuições que os profissionais declaram saber fazer: 14 para comuns e 33 para específicos.

Ao se analisar a forma como as características dos participantes se correlacionam com a realização das atribuições comuns (Tabela 12) e específicas (Tabela 13), o local de formação e suas características relacionadas exercem impacto estatisticamente significante. Os médicos formados no exterior relataram fazer uma média de 10,2 atribuições comuns, enquanto os formados no Brasil de 8,9, sendo o valor de  $p = 0,018$ . Ser formado no exterior e possuir formação especializada em MFC e título de especialista em MFC estão relacionados a realização de maior número de atribuições comuns.

De forma análoga, com relação as atribuições que os profissionais declaram saber fazer, vemos o mesmo padrão de características se destacando na diferenciação nos números, porém médicos do sexo masculino declararam saber fazer maior número de atribuições comuns ( $p = 0,001$ ). As características relacionadas a formação não tiveram impacto significativo como houve na realização de fato das atribuições.

Os locais de trabalho estão divididos nas Tabelas 12 e 13, segundo as coordenadorias regionais de saúde (CORES). Houve diferença, estaticamente significativa, em todas as situações exceto no caso das atribuições específicas que os profissionais declararam saber fazer.

Tabela 12. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF, e de procedimentos, atividades e ações de saúde que os médicos sabem fazer, segundo características sociodemográficas, de formação, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2018. N=263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1º - 3º Q)	Valor p
<b>Sexo</b>				0.505 <sup>1</sup>			0.186 <sup>1</sup>
Feminino	135	9.2 ± 3.1	9.0 (7.0 - 11.0)		13.6 ± 2.2	14.0 (12.0 - 15.0)	
Masculino	128	8.8 ± 3.4	9.0 (6.5 - 12.0)		13.7 ± 2.5	14.0 (13.0 - 16.0)	
<b>Faixa etária<sup>#</sup></b>				0.986 <sup>1</sup>			0.077 <sup>1</sup>
≤37	142	9.0 ± 3.0	9.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.2	14.0 (12.0 - 15.0)	
>37	121	9.0 ± 3.5	9.0 (6.0 - 12.0)		13.8 ± 2.5	14.0 (13.0 - 16.0)	
<b>Local de formação</b>				<b>0.018<sup>1</sup></b>			<b>0.017<sup>1</sup></b>
Brasil	235	8.9 ± 3.2	9.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.4	14.0 (12.0 - 15.0)	
Exterior	28	10.2 ± 3.5	11.5 (8.0 - 13.0)		14.5 ± 2.0	15.0 (14.0 - 15.5)	
<b>Tempo de graduação<sup>#</sup></b>				0.713 <sup>1</sup>			0.105 <sup>1</sup>
≤9	138	8.9 ± 3.1	9.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.3	14.0 (12.0 - 15.0)	
>9	125	9.1 ± 3.4	9.0 (7.0 - 12.0)		13.8 ± 2.4	14.0 (13.0 - 16.0)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				0.185 <sup>1</sup>			0.110 <sup>1</sup>
Apenas título de especialista em MFC	34	9.6 ± 3.4	9.5 (7 - 12)		13.9 ± 2.5	14 (13 - 16)	
Sem título ou residência	177	8.7 ± 3.2	9 (6 - 11)		13.4 ± 2.4	14 (12 - 15)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				0.883 <sup>1</sup>			0.507 <sup>1</sup>
Apenas residência em MFC	27	8.6 ± 2.8	9 (7 - 11)		13.9 ± 1.6	14 (12 - 15)	
Sem título ou residência	177	8.7 ± 3.2	9 (6 - 11)		13.4 ± 2.4	14 (12 - 15)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				<b>0.001<sup>1</sup></b>			<b>0.007<sup>1</sup></b>
Título e residência e MFC	25	10.9 ± 3.3	12 (9 - 13)		14.5 ± 2.2	15 (14 - 16)	
Sem título ou residência	177	8.7 ± 3.2	9 (6 - 11)		13.4 ± 2.4	14 (12 - 15)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				<b>0.004<sup>1</sup></b>			<b>0.006<sup>1</sup></b>
Título + residência e título	59	10.1 ± 3.4	11 (8 - 12)		14.2 ± 2.4	15 (14 - 16)	
Sem título ou residência	177	8.7 ± 3.2	9 (6 - 11)		13.4 ± 2.4	14 (12 - 15)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				<b>0.044<sup>1</sup></b>			<b>0.027<sup>1</sup></b>
Residência + residência e título	52	9.7 ± 3.2	10 (8 - 12)		14.2 ± 1.9	15 (13 - 16)	

Sem título ou residência	177	8.7 ± 3.2	9 (6 - 11)		13.4 ± 2.4	14 (12 - 15)	
<b>Tempo de atuação na ESF<sup>#</sup></b>				<b>0.925<sup>1</sup></b>			<b>0.167<sup>1</sup></b>
≤ 6 anos	137	9.0 ± 3.0	9.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.2	14.0 (12.0 - 15.0)	
> 6 anos	126	9.0 ± 3.5	9.0 (6.0 - 12.0)		13.8 ± 2.4	14.0 (13.0 - 16.0)	
<b>Tempo de atuação na equipe<sup>#</sup></b>				<b>0.447<sup>1</sup></b>			<b>0.154<sup>1</sup></b>
≤ 2 anos	136	8.9 ± 3.0	9.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.3	14.0 (12.0 - 15.0)	
> 2 anos	127	9.1 ± 3.5	9.0 (6.0 - 12.0)		13.8 ± 2.3	14.0 (13.0 - 16.0)	
<b>Regional</b>				<b>0.033<sup>2</sup></b>			<b>0.032<sup>2</sup></b>
CORES 1	43	9.8 ± 3.2	10.0 (7.0 - 12.0)		13.7 ± 2.5	15.0 (12.0 - 16.0)	
CORES 2	39	10.1 ± 3.3	10.0 (8.0 - 12.0)		14.5 ± 1.8	15.0 (14.0 - 16.0)	
CORES 3	44	8.2 ± 3.7	7.5 (5.0 - 11.0)		13.4 ± 2.4	14.0 (13.0 - 15.0)	
CORES 4	30	8.8 ± 3.1	9.0 (6.0 - 11.0)		14.2 ± 2.0	14.5 (14.0 - 16.0)	
CORES 5	36	8.7 ± 3.2	8.0 (7.0 - 11.0)		13.5 ± 2.3	14.0 (12.0 - 15.0)	
CORES 6	71	8.6 ± 2.9	9.0 (7.0 - 11.0)		13.1 ± 2.5	13.0 (12.0 - 15.0)	

CORES - Coordenadoria Regional de Saúde. <sup>1</sup>Teste de Mann Whitney. <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis. <sup>#</sup>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 de dados da pesquisa.

**Tabela 13.** 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, de tempo de trabalho e regional de trabalho de médicos da estratégia saúde da família Fortaleza, 2018. N=263.

Características	n	Número de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos					
		Realizados			Que sabem fazer		
		Média ± DP	Mediana (1° - 3° Q)	Valor p	Média ± DP	Mediana (1° - 3° Q)	Valor p
<b>Sexo</b>				0.223 <sup>1</sup>			<b>0.001<sup>1</sup></b>
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>#</sup></b>				0.847 <sup>1</sup>			0.216 <sup>1</sup>
≤37	142	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
>37	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>				<b>0.012<sup>1</sup></b>			<b>&lt;0.001<sup>1</sup></b>
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>#</sup></b>				0.635 <sup>1</sup>			0.613 <sup>1</sup>
≤9	138	24.1 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.0 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
>9	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>				<b>&lt;0.001<sup>1</sup></b>			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)	
<b>Formação e Titulação em MFC</b>				<b>0.003<sup>1</sup></b>			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>				<b>&lt;0.001<sup>1</sup></b>			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>#</sup></b>				0.410 <sup>1</sup>			0.207 <sup>1</sup>
≤ 6 anos	137	24.0 ± 3.3	24.0 (22.0 - 26.0)		33.2 ± 2.8	34.0 (31.0 - 35.0)	
> 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>#</sup></b>				0.399 <sup>1</sup>			0.183 <sup>1</sup>
≤ 2 anos	136	24.0 ± 3.1	24.0 (22.0 - 26.0)		33.1 ± 2.9	34.0 (31.0 - 35.0)	
> 2 anos	127	24.1 ± 3.7	25.0 (22.0 - 27.0)		32.5 ± 3.5	33.0 (31.0 - 35.0)	
<b>Regional</b>				<b>&lt;0.001<sup>2</sup></b>			0.559 <sup>2</sup>
CORES 1	43	25.1 ± 3.7	26.0 (23.0 - 27.0)		33.5 ± 2.5	34.0 (32.0 - 35.0)	
CORES 2	39	25.2 ± 3.0	26.0 (24.0 - 27.0)		33.4 ± 2.5	34.0 (31.0 - 35.0)	
CORES 3	44	23.6 ± 3.6	24.0 (22.0 - 26.0)		32.8 ± 3.6	34.0 (30.0 - 35.0)	
CORES 4	30	23.6 ± 3.7	24.0 (21.0 - 26.0)		32.8 ± 3.9	33.0 (31.0 - 36.0)	
CORES 5	36	22.5 ± 2.8	23.0 (20.5 - 24.0)		32.7 ± 3.0	33.0 (30.5 - 35.0)	
CORES 6	71	24.2 ± 3.0	25.0 (22.0 - 26.0)		32.2 ± 3.5	33.0 (30.0 - 35.0)	

CORES - Coordenadoria Regional de Saúde. <sup>1</sup>Teste de Mann Whitney. <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis. <sup>#</sup>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 de dados da pesquisa.

### 5.3 ESCOPO DE PRÁTICA SEGUNDO FORMA DE APRENDIZADO

De modo geral observou-se que o processo de graduação foi determinante no aprendizado de todas as atribuições listadas no formulário, destacando-se como primeira forma para todas as atribuições específicas (Tabelas 14 e 15). Dentro das atribuições comuns houve uma maior diversidade de formas de aprendizado, nas quais se inclui majoritariamente a graduação, já citada, o aprendizado com outro profissional de nível superior, o aprendizado sozinho, a residência médica (não especificamente em MFC) e a especialização. Já nas atribuições específicas houve um predomínio da graduação como forma de aprendizado, já citada, a residência médica na segunda forma em frequência e o aprendizado sozinho na terceira. Determinadas formas de aprendizado não surgem como destaque para nenhuma das atribuições: “com outro profissional nível médio/Técnico”; “Curso de aperfeiçoamento” e “Mestrado/doutorado”. Contudo, todas formas de aprendizado foram citadas na pesquisa pelos entrevistados.



Tabela 14. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizados pelos médicos da ESF, segundo principal forma de aprendizado. Fortaleza, 2018. N=263.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Principal forma de aprendizado			n
	1º forma (%)	2º forma (%)	3º forma (%)	
Territorialização	(30.5%) Profissional	(20.2%) Residência	(15.7%) Graduação	223
Diagnóstico de saúde da área de abrangência	(24.9%) Profissional	(20.1%) Residência	(19.7%) Sozinho	229
Participa de reuniões de equipe	(30.6%) Profissional	(27.1%) Sozinho	(14.0%) Residência	258
Visita domiciliar	(24.7%) Graduação	(23.6%) Sozinho	(20.5%) Profissional	263
Demanda espontânea	(39.5%) Graduação	(27.0%) Sozinho	(12.2%) Profissional / Residência	263
Utiliza protocolo de acolhimento	(24.5%) Sozinho	(22.2%) Graduação	(15.1%) Profissional	212
Notificação doenças	(30.7%) Graduação	(23.6%) Profissional	(15.0%) Residência	254
Notificação violência (Criança, idosos e mulheres)	(24.3%) Sozinho	(23.5%) Graduação	(20.9%) Profissional	230
Investigação de óbitos	(27.1%) Sozinho	(26.7%) Profissional	(24.8%) Graduação	210
Coordenação do cuidado	(31.4%) Graduação	(28.3%) Sozinho	(15.5%) Residência	258
Monitora ações por meio do eSUSAB	(29.5%) Sozinho	(17.1%) Profissional/ Especialização	(12.4%) Graduação	105
Colabora na educação permanente de outros profissionais	(25.6%) Graduação	(21.5%) Sozinho	(15.9%) Residência	246
Participação no conselho de saúde	(27.5%) Sozinho	(23.4%) Profissional	(17.4%) Graduação	167
Ações intersetoriais	(28.1%) Sozinho	(20.0%) Profissional	(16.8%) Residência	185
Ações coletivas (palestras, grupos)	(26%) Graduação	(22.8%) Sozinho	(16.0%) Profissional	250
Investiga agravos da saúde mental	(27.3%) Graduação	(21.9%) Sozinho	(14%) Residência	242

De forma abreviada utilizou-se o termo Profissional para “Com outro profissional nível superior”.

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

Tabela 15. Distribuição de procedimentos, atividades e ações de saúde específicos da profissão médica, realizados pelos médicos da ESF, segundo principal forma de aprendizado. Fortaleza, 2018. N=263.

Procedimentos, atividades e ações de saúde	Principal forma de aprendizado			Válidos n
	1º forma (%)	2º forma (%)	3º forma (%)	
Recém-nascidos (Atendimento)	(52.9%) Graduação	(23.2%) Residência	(10.0%) Sozinho	259
Puericultura (Atendimento)	(51.6%) Graduação	(24.0%) Residência	(10.1%) Sozinho	258
Crianças (Atendimento)	(54.2%) Graduação	(22.9%) Residência	(11.5%) Sozinho	262
Pré-Natal (Atendimento)	(55.5%) Graduação	(18.3%) Residência	(12.2%) Sozinho	263
Pré-Natal de alto risco (Acompanhamento)	(47.6%) Graduação	(22.8%) Residência	(11.8%) Sozinho	254
Puerpério (Atendimento)	(51.2%) Graduação	(21.4%) Residência	(13.9%) Sozinho	252
Planejamento familiar (prescrição) (Atendimento)	(54.2%) Graduação	(19.8%) Residência	(13.0%) Sozinho	253
Inserção de DIU (Atendimento/Procedimento)	(39.1%) Graduação	(36.2%) Residência	(11.6%) Sozinho	69
Exame ginecológico (Atendimento/Procedimento)	(61.0%) Graduação	(21.1%) Residência	(6.6%) Sozinho	228
Papanicolau (Atendimento/Procedimento)	(61.7%) Graduação	(20.7%) Residência	(5.3%) Sozinho	227
Câncer de mama (Atendimento)	(53.6%) Graduação	(19.2%) Residência	(10.0%) Sozinho	261
Idosos (Atendimento)	(51.0%) Graduação	(19.4%) Residência	(11.8%) Sozinho	263
Saúde do homem (incluso diagnóstico precoce para câncer de próstata) (Atendimento)	(56.3%) Graduação	(16.0%) Residência	(13.3%) Sozinho	256
Hipertensão e Diabetes (Atendimento)	(49.0%) Graduação	(19.0%) Residência	(12.5%) Sozinho	263
Tuberculose (Acompanhamento)	(42.4%) Graduação	(18.7%) Residência	(11.5%) Sozinho	262
Hanseníase (Acompanhamento)	(38.3%) Graduação	(19.5%) Residência	(12.9%) Capacitação	256
IST (Acompanhamento)	(47.9%) Graduação	(21.1%) Residência	(13.0%) Sozinho	261
PVHIV/AIDS (Acompanhamento)	(51.7%) Graduação	(19.1%) Residência	(10.0%) Sozinho	230
Cuidados Paliativos (Acompanhamento)	(41.9%) Graduação	(18.9%) Residência	(16.7%) Sozinho	227
Saúde mental (Acompanhamento)	(44.9%) Graduação	(19.3%) Residência	(15.7%) Sozinho	254
Obesidade (Acompanhamento)	(48.4%) Graduação	(20.5%) Sozinho	(16.3%) Residência	215
Incisão e drenagem de abscesso (Procedimento)	(71.4%) Graduação	(12.5%) Residência	(5.4%) Profissional	224
Suturas (Procedimento)	(75.4%) Graduação	(10.7%) Residência	(7.1%) Profissional	252
Remoção de lesões na pele (Procedimento)	(70.6%) Graduação	(14.7%) Residência	(5.3%) Profissional	170
Crioterapia ou terapia química para verruga genital (Procedimento)	(49.6%) Graduação	(35.4%) Residência	(5.3%) Profissional/Especialização	113
Remoção de Cerume (Procedimento)	(55.5%) Graduação	(21.0%) Residência	(8.5%) Sozinho	200

Inserção de sonda nasogástrica / lavagem gástrica (Procedimento)	(62.2%) Graduação	(13.3%) Residência	(11.9%) Profissional	135
Inserção de cateter uretral (Procedimento)	(73.3%) Graduação	(9.9%) Profissional	(7.5%) Residência	161
Acupuntura (Procedimento)	(31.0%) Graduação	(27.6%) Especialização	(17.2%) Residência	29
Oftalmoscopia (Procedimento)	(71.5%) Graduação	(11.4%) Residência	(4.1%) Profissional/Capacitação	193
Otoscopia (Procedimento)	(70.6%) Graduação	(12.9%) Residência	(7.5%) Sozinho	255
Lombalgias (Tratamento)	(63.2%) Graduação	(13.4%) Residência	(12.6%) Sozinho	261
Infecção urinária recorrente (Tratamento)	(57.7%) Graduação	(18.5%) Residência	(11.2%) Sozinho	260
Sinusite recorrente (Tratamento)	(61.9%) Graduação	(15.8%) Residência	(10.8%) Sozinho	260
Asma (Tratamento)	(38.8%) Graduação	(20.9%) Capacitação	(20.2%) Residência	263
Anemia (Tratamento)	(60.3%) Graduação	(15.6%) Residência	(12.2%) Sozinho	262
Epigastria / Úlcera péptica (Tratamento)	(63.0%) Graduação	(13.4%) Sozinho	(13.0%) Residência	262
Micoses superficiais (Tratamento)	(58.6%) Graduação	(16.0%) Residência	(11.8%) Sozinho	263

De forma abreviada utilizou-se os termos: Profissional para “Com outro profissional nível superior” e Capacitação para “Curso de capacitação do seu trabalho”.

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

## 6 DISCUSSÃO

Este trabalho procurou analisar as práticas dos médicos da ESF de Fortaleza, investigando sua abrangência, e a forma como este fator está associado ao acesso da população à uma APS abrangente, e procurando mensurar a influência sobretudo da formação e pós-graduação quanto ao exercício de suas atividades na atenção primária à saúde. Nos parágrafos seguintes discutiremos os resultados na ordem da apresentação dos objetivos específicos, discorrendo sobre as características sociodemográficas dos profissionais, formação e pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, e o escopo de práticas dos participantes.

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS

Assim como em diversos outros estudos, aqui se identificou a feminilização na área da saúde (HEDDEN, 2014). Diferentemente do que se observou no estudo de Girardi et al., não houve aqui uma diferença significativa entre sexos. Quando se observa os valores descritos nas Tabelas 12 e 13, percebe-se que existe uma diferença estatística na relação do sexo com o escopo de práticas apenas nas atribuições específicas que sabem fazer. Com relação ao que concretamente os médicos e médicas fazem observou-se uma tendência ( $p=0,223$ ) inversa, ou seja, a de que o sexo feminino realiza um escopo mais abrangente de atribuições, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Considerando-se que o número de participantes nas pesquisas difere em seu quantitativo, sendo o presente estudo restrito a ESF de Fortaleza, uma capital de Estado, não é possível se estabelecer um contraditório, permanecendo-se a necessidade de melhor análise sobre a influência que o sexo pode ter sobre o escopo de prática.

Vários fatores não influenciaram o escopo de prática dos profissionais como era de se esperar. Não foi evidenciado diferença estatística na faixa etária, no tempo de graduação e nem no tempo de atuação na ESF. Imagina-se que estes fatores temporais podem exercer uma influência desde que o profissional tenha a perspectiva de aperfeiçoamento, contudo em estudos em que foi possível se observar influências desses fatores sobre o escopo de práticas, o maior tempo de atuação, e a formação atrelada a APS não se relacionou à um escopo ampliado (COUTINHO et al, 2015; GIRARDI et al, 2016; JORDAN et al, 2003; PETERSON et al, 2015; WEIDNER et al, 2018). No estudo de Jordan et al (2003), a percepção de um escopo de prática ampliado atraiu candidatos para a formação em medicina de família, o que corrobora com a

diferença observada por Girardi et al (2016) e em outros estudos de que os mais jovens tendem a buscar maiores desafios em suas práticas e, neste sentido, a prática na Atenção Primária pode parecer um caminho adequado a suprir esta necessidade. Ao mesmo tempo, a preocupação apontada por Peterson et al (2015) no que diz respeito ao escopo de prática de médicos de família encolhendo, dialoga com o aspecto temporal influenciando na redução do escopo de prática. Somado a isso, ainda há a análise feita por Weidner et al (2018) indicando a relação entre maior escopo de prática e *burn out* entre médicos de família. A realização de maior número de procedimentos se associou diretamente ao *burn out*.

Cabe destacar que a literatura internacional difere da realidade brasileira no que tange às práticas da medicina de família e comunidade. Os estudos americanos e canadenses trazem muito o aspecto das práticas diferenciadas de médicos que atuam nas zonas urbanas e rurais, sendo estes últimos detentores de um escopo bem mais abrangente. O que se tem nestes países é uma formação que pode abranger aspectos como a abordagem obstétrica, como citado no artigo de Coutinho et al (2015), que não dialoga com a realidade brasileira (BRASIL, 2015). Assim há que se estudar com mais profundidade como se dá a amplitude do escopo de prática dos médicos, pois não é necessariamente ruim haver um estreitamento do escopo de prática desde que se dialogue com as necessidades reais da comunidade que se pretende prestar atendimento, como aponta o artigo de Reitz et al de 2018.

Ademais mesmo apresentado uma parte menor dos entrevistados, os médicos com formação no exterior apresentaram um escopo mais abrangente que os brasileiros, da mesma forma como se apresentou os resultados de Girardi et al (2016).

A que se considerar também, que o presente estudo foi realizado na capital, que a cidade com a maior rede de serviços secundários e terciários do Estado do Ceará, ou seja, a ESF da cidade têm a possibilidade de encaminhar seus usuários para diversos outros serviços, embora existam sérios problemas de regulação das referências. Em análise feita por Cecílio e Reis (2018), destaca-se o permanente isolamento da atenção básica (utilizado este termo aqui em respeito a interpretação e uso dada pelos autores) em relação ao sistema de saúde. Segundo estes autores, é preciso superar barreiras materiais e simbólicas para que a atenção básica funcione como centro de comunicação da rede de cuidado através de estratégias objetivas. Do contrário o mantra da atenção básica como coordenadora do cuidado vai permanecer ausente como mostram dados do PMAQ 2012 apresentados em outro artigo referido por Cecílio e Reis (2018), os quais se preferiu transcrever aqui:

O PMAQ também perguntou sobre a frequência do contato que os profissionais da atenção básica mantinham com os da atenção

especializada para troca de informações relacionadas ao cuidado. Apenas 15% disseram que faziam isso “sempre”. Outros 52% responderam “algumas vezes” e expressivos 33% responderam “nunca”. Quando a pergunta a esse mesmo profissional foi invertida, ou seja, qual a frequência que os profissionais da atenção especializada comunicavam com eles, os números pioraram: o “sempre” caiu para apenas 6%; “algumas vezes” chegou a 42%; e “nunca” atingiu expressivos 52% (MAGALHÃES JUNIOR & PINTO, 2014, p. 22).

Portanto, mesmo considerados fatores de disponibilidade de serviços, a organização da rede interfere diretamente no potencial dos profissionais em exercer uma efetiva coordenação do cuidado, sendo a falta de mecanismos informatizados e integrados apontados na literatura como principais alvos de intervenção (ALELUIA et al, 2017).

## 6.2 FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Estudos já citados do Canadá e Estados Unidos, trazem o aspecto do escopo de práticas partindo-se do princípio que os profissionais que atuam na Atenção Primária são médicos de família, o que não ocorre no Brasil. A Lei dos Mais Médicos tinha como um de seus pilares a ampliação da residência médica com aumento de vagas majoritariamente na área da Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2013b; PINTO et al, 2014), entendendo que este era um movimento necessário a qualificação da assistência na APS brasileira. O impacto que esta ação poderia ter, tanto na qualidade como na redução da escassez de médicos pelo país, não deixa dúvidas de sua necessidade (CAMPOS, 2009; EPSM, 2012; SANTOS, 2017).

Cabe aqui um destaque de trecho do artigo de Pinto e colaboradores sobre a questão da universalização da residência médica componente do bojo de ações da Lei dos Mais Médicos:

(...) a Lei aponta para a Residência Médica (RM) universal e disciplina o acesso aos programas, fazendo o Estado assumir um papel de coordenação da formação de médicos especialistas (...). Ela define uma RM central – a de medicina geral de família e comunidade (MGFC) –, que passará a ser a entrada de todas as demais, excetuando nove (...).

A RM de MGFC terá duração mínima de dois anos e deverá contemplar, além de uma formação clínica geral e integral em todos os ciclos de vida, atuações na área de urgência, Atenção Domiciliar, saúde mental, educação popular e saúde coletiva. Ou seja, é uma especialidade que prepara o médico para cuidar da maioria das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos, inseridos em

seus territórios de vida, e desenvolve nos mesmos competência para atuar com variadas e complexas tecnologias de cuidado no contexto dos diversos serviços do SUS. A Lei definiu, ainda, que o MS deverá coordenar as atividades da RM de MGFC, no âmbito daquilo que ela denominou rede saúde-escola, e que suas bolsas poderão receber complementação financeira (PINTO et al, 2015, p. 113)

Esta pesquisa, portanto, apenas corrobora com o já esperado impacto que a formação direcionada ao campo da APS pode exercer sobre a qualidade na prestação de serviços, uma vez que se observam múltiplas formas de como a formação em medicina de família e comunidade influencia na abrangência do escopo de práticas.

Quanto a realização de procedimentos, nos casos em que os médicos tinham isoladamente RMFC ou Título de especialista não se observou uma diferença estatística com médicos apenas graduados, não implicando no exercício de um escopo de prática mais abrangente. Contudo, quando se colocam os dois fatores juntos, residência e título, há significância na diferença da abrangência de realização tanto das atribuições comuns como das específicas, e, quando se considera este grupo duplamente qualificado somado aos grupos com qualificações isoladas (apenas título ou apenas residência), o resultado é novamente a realização de um escopo mais abrangente. Isto se repete no campo das atribuições comuns que os profissionais declaram saber fazer, mas não nas atribuições específicas, o que pode ser um indicativo que a formação em medicina de família e comunidade dialogue com o conceito de *task shifting*, no qual destaca este intercâmbio de práticas das categorias de saúde (OMS, 2007; NANCARROW, 2015; TOSO et al, 2016).

Por fim, cabe destacar que a residência médica em MFC tem papel estruturante dentro do fortalecimento da APS. “Também há evidências de que a APS é mais efetiva na presença do médico especializado em APS, ou seja, do Médico de Família e Comunidade (MFC)”. Assim citou Sarti e colaboradores no editorial da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade intitulado “Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação” (SARTI et al, 2018). O editorial traz as conclusões dos artigos publicados daquela edição especial sobre a Residência Médica em MFC (RBMFC, 2018). Os autores afirmam a partir dos artigos estudados: “Em um sistema de saúde fragmentado e com sérios problemas de efetividade e eficiência, como é o caso brasileiro, a APS qualificada e com forte presença da MFC se impõe como eixo estruturante para a qualificação das políticas públicas em saúde”.

No artigo de referência de Girardi et al (2016), não foi observada uma diferença significativa na realização de um escopo mais abrangente naqueles profissionais que possuíam título de especialista, contudo a pesquisa não levou em consideração especificamente a área da medicina de família e comunidade, abrangendo uma série de formações que foram consideradas em conjunto. Portanto, a não ocorrência desta influência na referida pesquisa não estabelece um contraditório quanto a importância que a especialidade possa exercer.

### 6.3 ESCOPO DE PRÁTICAS COMO INDUTOR DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Conforme relatado por Newton (2011), o fazer profissional dos médicos de família é fundamental para a formação destes mesmos profissionais. Neste sentido, a análise das diversas práticas feitas neste estudo implica em oportunidades que possam direcionar a formação nos mais diversos cenários, ou seja, na graduação, na residência, ou mesmo dentro de processos de educação continuada e permanente nos espaços de trabalho. Há que se considerar que análise do presente estudo não permite conclusões aprofundadas que elenquem individualmente as razões que influenciam cada uma das práticas que foi pesquisada, porém determinados pontos que foram destacados na parte dos resultados são passíveis de gerar condutas imediatas por parte de gestores que percebam os potenciais aqui contidos.

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

Algumas atribuições têm aspectos muito práticos e possivelmente se relacionam a carência estrutural física apontada pelos entrevistados, cuja prevalência está em consonância com a relatada por Girardi et al (2016). Como destaque se pode 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 segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (BRASIL, 2018). 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 (ESPOSITO et al, 2017). Para além disso, o profissional dispondo de equipamento adequado e treinamento pode, dentro do contexto da APS, exercer uma atuação abrangente desde a detecção de casos até o tratamento (MARTINEZ, 2001; SETÄLÄ e



KEMPPAINEN, 2012). De forma análoga, outros procedimentos também têm o potencial de terem suas práticas ampliadas, uma vez que a maioria dos médicos relata capacidade em executá-los, tais como: incisão e drenagem de abscesso; remoção de cerume; oftalmoscopia e suturas. Outros ainda necessitam de maior treinamento dos profissionais para sua execução: inserção de DIU; crioterapia ou terapia química para verruga genital e acupuntura.

Já outras atividades exigem uma melhor análise e intervenção para que tenham seus perfis de realização modificados. Conforme destacado nos resultados, a notificação de violência aparece com maior discrepância entre a realização e o saber fazer (49,4%). Dentro do cenário de Fortaleza, este dado gera preocupação, pois, segundo levantamento do comitê cearense pela prevenção de homicídios na adolescência publicado em seu relatório final intitulado Cada Vida Importa (CEARA, 2016), o índice de homicídio na adolescência (IHA) registrado em 2014 foi o maior dentre as capitais brasileiras atingindo 10,94/mil. O objetivo do IHA é estimar a mortalidade por homicídio na adolescência, especificamente na faixa dos 12 aos 18 anos. O índice expressa, para cada grupo de 1.000 adolescentes que completaram 12 anos, o número deles que não completará 19 anos. Em artigo de Silva et al (2017), realizado em municípios cearenses de 2010 a 2012, percebe-se igualmente uma baixa frequência na notificação de casos de violência especificamente contra crianças e adolescentes. Dentre os participantes da pesquisa 85,6% referiu não conhecer as instituições de assistência às vítimas de maus-tratos (SILVA et al, 2017). Este dado transparece o que também ficou evidente na pesquisa deste estudo, no qual 39,2% dos entrevistados referiu realizar ações intersetoriais. Cabe destacar o que foi trazido na introdução deste trabalho: “a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 521). E perceber que este escopo comum exige que não apenas o médico, mas todos os profissionais dos mais diversos setores compartilhem de ações para alcançar objetivos comuns de cuidado às pessoas.

Cabe destacar, por fim, nesta discussão que o estudo apresenta limitações. O instrumento é baseado em essência na declaração do profissional entre o fazer e o saber fazer as diversas atribuições que corroboraram para o desenho do escopo de práticas. Este formato de obter a informação está sujeito inerentemente a subjetividade de cada participante. Outra limitação significativa obtida pelo próprio resultado da pesquisa é o baixo número de profissionais com formação específica em MFC o que limita a comparação entre os grupos. Houve também destacada dificuldade em se executar todo o processo devido as limitações da gestão em termos estruturais: listas de médicos com informações fidedignas.

Trata-se, portanto de um primeiro passo na discussão dos escopos de prática, cabendo ainda uma análise mais profunda dos dados em especial junto a gestão de saúde de Fortaleza, que diretamente se beneficiaria daquilo que foi coletado como informação da atuação dos profissionais médicos.

## 7 CONCLUSÕES

Este trabalho procurou analisar as práticas dos médicos da ESF de Fortaleza, investigando sua abrangência, e a forma como este fator está associado ao acesso da população à uma APS abrangente, e procurando mensurar a influência sobretudo da formação e pós-graduação quanto ao exercício de suas atividades na atenção primária à saúde. Um aspecto que saltou aos olhos foi a importância da graduação para aquisição de práticas necessárias na atenção primária, o que leva os autores à elaborar a hipótese de que esta evidência já seja consequência das mudanças que vem ocorrendo nos currículos de medicina das instituições de ensino superior do Ceará desde o início dos anos 2000, aumentando a carga horária dedicada à atenção primária à saúde, como ocorrido na Faculdade de Medicina da UFC, no curso de medicina da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, assim como nos cursos de medicina da UNIFOR e UNICHRISTUS, além da influência das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina no Brasil, publicadas em 2014. Entretanto sabemos que apenas as mudanças na graduação são insuficientes para consolidar a adesão dos médicos à medicina de família, pois vários estudos evidenciam que a Residência Médica é o fator mais importante para definição da especialidade, assim como do espaço geográfico onde o médico estabiliza sua carreira. Este outro fator também foi investigado no presente trabalho, e aí evidenciou-se a residência em medicina de família e comunidade e a titulação na especialidade como fatores de expansão do escopo de práticas do médico da ESF de Fortaleza.

No artigo já citado neste trabalho, Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados de Girardi e colaboradores (2016), são elencados resultados, propostas e considerações sobre o estudo do escopo de práticas de médicos na ESF no Brasil. Os resultados obtidos na pesquisa feita com os médicos e médicas da ESF de Fortaleza corrobora com diversos aspectos do estudo de Girardi e col. 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 (GIRARDI et al, 2016). O uso de escalas já ocorre a nível internacional e tem a vantagem de possibilitar análises comparativas ao longo tempo como tem sido feito pelo *American Board of Family Medicine* (ABFM) (IE et al, 2015; PETERSON et al, 2015; O'NEILL et al, 2014).

Foi possível analisar alguns fatores que influenciam na abrangência do escopo de prática dos médicos da ESF de Fortaleza. Os profissionais com formação no exterior realizam um número maior de atribuições do que aqueles formados no Brasil. 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.

Ações podem ser tomadas para permitir um melhor aproveitamento do potencial apresentado pelos profissionais durante a pesquisa incluem, melhoria da infraestrutura e capacitações técnicas direcionadas a realização de procedimentos específicos, que podem aumentar a capacidade de resolução de certos problemas de saúde na APS tais como: remoção de lesões de pele. Outras características identificadas dialogam com uma maior complexidade do processo de cuidado, pois estão dentro do campo comum de escopo de práticas dos profissionais da ESF como a questão da notificação de casos de violência.

O aspecto da pós-graduação específica na área de MFC exerceu um impacto na abrangência do escopo de prática tanto comum como específico. O somatório da titulação com a residência médica representou o fator mais importante capaz de influenciar na qualidade da prestação de serviços da APS. Foi também observado uma possível relação da formação específica em MFC com o conceito de *task shifting*, o qual poderia ser alvo de investimentos no que tange uma ampliação de escopos não apenas dos médicos, mas de outras categorias da saúde que trabalham em conjunto na APS.

O trabalho, no contexto da APS, tem por pilar a integralidade do cuidado que perpassa não somente o aprimoramento do escopo de prática dos profissionais de saúde, mas também de todos aqueles envolvidos no contexto intersetorial. Ações que visem, portanto, o incremento dos escopos de prática são uma ferramenta valiosa para a melhoria de todo o processo de cuidado a APS.

## REFERÊNCIAS

ABFM. AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE. **Continue Certification**. How do i remain certified? Disponível em: <https://www.theabfm.org/continue-certification/how-do-i-remain-certified>. Acessado em: 14 jun. 2019.

ALELUIA, Italo Ricardo Santos; MEDINA, Maria Guadalupe; ALMEIDA, Patty Fidelis de; et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1845-1856/pt>

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, Zélia; GURGEL, Marcelo. (Org.). **Epidemiologia e serviços de saúde**. v. 1. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017. p. 557-578.

BARANEK, P. M. **A review of scopes of practice of health professions in Canada: a balancing act**. Toronto: Health Council of Canada, 2005.

BARRETO, I. C. H. C.; ANTERO, F. A.; NUTO, S e cols. **Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará – CAMPESF**. Fortaleza: Fiocruz, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8080. 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, 5 nov. 1996**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1\\_96.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006; Seção 1:21. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União**, 11 jul. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm)

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências.

**Diário Oficial da União**, 23 out. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de jun. 2014, Seção 1, p. 8-11. 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)

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015 – Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 maio 2015. Seção 1, p. 11. 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)

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2018** - Incidência de Câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acessado em: 14 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. **E-Gestor AB**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: 14 jun. 2019.

CAMPOS, GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica - Diretrizes. **Cadernos da ABEM**, v. 3. p. 6-10, out. 2007. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel\\_rede\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf)

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Saúde para Debate**, n. 44, p. 12, 2009.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>

CASTILLO, L. A. et al. Perfil do médico de família e comunidade: definição iberoamericana. In: CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR - WONCA (CIMF). maio 2010. Santiago de Cali, Colômbia.

CEARÁ. Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência. **Cada vida importa** – Relatório Final. Fortaleza: CCPHA. p. 585. 2016. Disponível em: <http://cadavidaimporta.com.br/>

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.

CECIM, et al. **Texto 1. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2005. 161 p. p. 27-46. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-526674>

COUTINHO, Anastasia J.; COCHRANE, Anneli; STELTER, Keith; et al. Comparison of Intended Scope of Practice for Family Medicine Residents With Reported Scope of Practice Among Practicing Family Physicians. **JAMA**, v. 314, n. 22, p. 2364, 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

ESPÓSITO, Ana Cláudia Cavalcante, et al. Fatores que levam à negligência quanto aos cânceres da pele não melanoma. **Diagn. Tratamento**, v. 22, n. 2, p. 63-66. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833682/rdt\\_v22n2\\_63-66.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833682/rdt_v22n2_63-66.pdf)

EPSM - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. **Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2012. [acessado 2019 jun 01]. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf)

FORTALEZA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021**. 167 f. nov. 2017. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021.pdf>. Acessado em: 14 de junho de 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIRARDI, S. N.; SEIXAS, P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Formação**, v. 5, p. 29, maio 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0203/pdfs/IS23%282%29051.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23%282%29051.pdf)

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2739–2748, set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en&nrm=iso)

GOMES, A. P. et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev bras educ med.**, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>

GUIMARÃES, Regina Guedes Moreira; REGO, Sérgio. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 7–17, 2005.

HEDDEN, Lindsay; BARER, Morris L; CARDIFF, Karen; et al. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 1, p. 32, 2014.

HOLT, C. An Argument for Comprehensiveness as the “Special Sauce” in a Recipe for the Patient-Centered Medical Home. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 27, n. 1, p. 8-10, 2014.

IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

IE, Kenya; ICHIKAWA, Shuhei; TAKEMURA, Yousuke C. Development of a questionnaire to measure primary care physicians’ scope of practice. *BMC Family Practice*, v. 16, n. 1, p. 161, 2015.

JORDAN, John; BROWN, Judith Belle; RUSSELL, Grant. Choosing family medicine: what influences medical students? **Can Fam Physician**, v. 49, p. 1131-1137. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214282/pdf/14526865.pdf>

KIDD, Michael. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde**: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Tradução: André Garcia Islabão; revisão técnica: Luiz Fernando Nicz. - 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LERMEN JUNIOR, N. (Ed.). **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [s.d.]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. **Divulg. Saúde Debate**, v. 51, p. 14-29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

MARTINEZ, Juan-Carlos; OTLEY, Clark C. The Management of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancer: a review for the primary care physician. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1253-1265, 2001.

MENDES, E. V. A crise fundamental do SUS. O conceito de condições crônicas. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. p. 31-46. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

NANCARROW, Susan A. Six principles to enhance health workforce flexibility. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 9, 2015.

NEWTON, W. P. Family Physician Scope of Practice: What It Is and Why It Matters. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 24, n. 6, p. 633-634, 2011.

O’NEILL T, PEABODY MR, BLACKBURN BE, PETERSON LE. Creating the Individual Scope of Practice (I-SOP) scale. **J Appl Meas.**, v. 15, n. 3, p. 227-239, 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Task shifting to tackle health worker shortages**. World Health Organization, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting\\_booklet.pdf](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf). acessado em: 01 jun. 2019.



OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata. 6-12 de setembro de 1978. URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

PETERSON, L. E. et al. Family Physicians' Scope of Practice and American Board of Family Medicine Recertification Examination Performance. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 28, n. 2, p. 265-270, 2015.

PINTO, H. A. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg Saúde Debate**, v. 51, p. 105-120, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

PONTES, Ricardo José Soares. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. et al (org). **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Capítulo 6. p. 123-151.

REITZ, Randall. et al. Factors influencing family physician scope of practice: a grounded theory study. **Family Medicine**, v. 50, n. 4, p. 269-274, 2018.

RBMFC. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, p. 370, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/issue/view/51/showToc>

DE SOUZA, Marli Machado; NUNES, Dr Altacílio Aparecido; FORSTER, Aldáisa Cassanho. et al. SECRETÁRIA EXECUTIVA. p. 370, 2018.

RIFF, A. **Documentário Saúde se Aprende por Dentro**. YouTube. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES). 01 jun. 2016. Disponível em: [https://youtu.be/DMxb46A\\_6E](https://youtu.be/DMxb46A_6E)

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; MENDONCA, Claunara Schilling; LERMEN JUNIOR, Nulvio. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v. Cap. 4. p. 28-41.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018)

SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1744/904>

SANTOS, Leonor Maria Pacheco. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103-112, 2017.

SETÄLÄ, Leena; KEMPPAINEN, Tatu. Stanssibiopsia ihokasvainten diagnostiikassa. p. 7. **Duodecim**, v. 128, p. 81-87, 2012. Disponível em

<https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10023.pdf>. Traduzido para leitura no google tradutor. Artigo finlandês.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da. et al. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 469-484, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 182-191, 2016.

JUNQUEIRA, Diego. Notícias. Xingu sofre apagão médico e três crianças indígenas morrem em 11 dias. **UOL Universo Online**, 02 jun. 2019. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2019/06/02/falta-medicos-parque-xingu.htm>. Acessado em: 14 jun. 2019.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 11-48, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>

WEIDNER, Amanda K. H. et al. Burnout and scope of practice in new family physicians. **The Annals of Family Medicine**, v. 16, n. 3, p. 200-205, 2018.

WONG, Eric; STEWART, Moira. Predicting the scope of practice of family physicians. **Can Fam Physician**, v. 56, p. e219-e225, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902392/pdf/056e219.pdf>

## APÊNDICES

A Dissertação contém dos documentos de elaboração do colegiado de pesquisadores que seguem nesta seção. O primeiro é o Termo de Consentimento Livre Esclarecido utilizado na abordagem dos médicos para participação na pesquisa e o segundo o instrumento utilizado na coleta de dados.

*Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)*

Vide na próxima página.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CEARÁ

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ, que tem como objetivo geral analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração interprofissional na ESF do Ceará contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: formulários, questionários, entrevistas abertas e semiestruturadas, grupos focais e círculos de cultura. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas, grupos focais e círculos de cultura serão gravados.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participarem, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, a elaboração de relatórios técnicos e materiais educativos. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão), Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ - CEP: 21.040-360, Tel.: (21) 3882-9011 e-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br); ou com a coordenadora da pesquisa Ivana Barreto, telefones: (085) 3265-1832 ou (085) 98746-3329, e-mail – [ivana.barreto@fiocruz.br](mailto:ivana.barreto@fiocruz.br) .

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, grupo focal e círculo de cultura), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barrêto – Coordenadora e Orientadora**  
**Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer – Orientadora**  
**Antonio Leonel de Lima Júnior – Pesquisador e Mestrando**  
**Roberto Ribeiro Maranhão – Pesquisador e Mestrando**

*Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados*

Vide na próxima página.

**PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ  
QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA MÉDICOS**

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Formulário N°: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Município/UF: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

*Códigos padrão: 77 - Prefiro não declarar ; 88 – Não se aplica ; 99 – Não sabe*

**PARTE 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

1. Idade: ____ anos	1. ____
2. Sexo: ( )1- Masculino ( )2- Feminino	2. ____
3. Estado civil: ( )1 - Solteiro ( )2 - Casado/União Estável ( )3 - Viúvo ( )4 - Divorciado	3. ____
4. Religião: ( )1 - Católica. ( )2 - Evangélica ( )3 - Adventista ( )4 - Espírita ( )5 - Não possuo religião ( )6 - Outro 4.1. Qual? _____ ( )77 - Prefiro não declarar	4. ____ 4.1. ____

**PARTE 2**

**ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ESF**

**A tabela abaixo apresenta uma lista de atribuições consideradas comuns aos profissionais da ESF. Em cada uma das colunas indique se você realiza a atribuição; informe o nível de confiança em desempenhar as atribuições e a principal forma de aprendizado.**

<p>Realiza a atribuição? S – Sim NS – Não, mas sei fazer NN – Não, e não sei fazer</p>	<p>Nível de confiança: B – Baixo M – Médio A – Alto <b>Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)</b>  <i>Pedir sempre para especificar qual.</i></p>	<p><b><u>PRINCIPAL</u></b> forma de aprendizado: 1 – Sozinho 2 – Com outro profissional <u>nível superior</u> 3 – Com outro profissional <u>nível médio/Técnico</u> (e.g.: ACS, Técnico de enfermagem) 4 – Graduação 5 – Curso de capacitação do seu trabalho 6 – Curso de aperfeiçoamento 7 – Especialização 8 – Residência 9 – Mestrado/doutorado <b>Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)</b></p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">LEGENDA</div>			
<b>Atribuições comuns</b>	Realiza a atribuição?	Qual o seu nível de confiança em desempenhá-la?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
1. Você realiza e mantém atualizado o estudo do território (territorialização) e o mapeamento da área de atuação da sua equipe?	1.1.	1.2.	1.3.
2. Você realiza diagnóstico de saúde de sua área de abrangência para o planejamento local?	2.1.	2.2.	2.3.
3. Você realiza/participa, no mínimo mensalmente, de reuniões de planejamento com sua equipe?	3.1.	3.2.	3.3.
4. Você realiza visita domiciliar da população adscrita quando necessário?	4.1.	4.2.	4.3.
5. Você realiza atendimento da demanda espontânea da população adscrita?	5.1.	5.2.	5.3.
6. Você utiliza algum protocolo de acolhimento a demanda espontânea?	6.1.	6.2.	6.3.
7. Você realiza ações de busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória?	7.1.	7.2.	7.3.
8. Você realiza ações de busca ativa e notifica situações de violência contra crianças, idosos e mulheres?	8.1.	8.2.	8.3.

9. Você realiza investigação de agravos e óbitos ocorridos no seu território? <i>(mesmo que sob obrigação da gestão)</i>	9.1.	9.2.	9.3.
10. Você realiza a coordenação do cuidado mesmo quando o usuário necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde?	10.1.	10.2.	10.3.
11. Você acompanha e avalia sistematicamente as ações implementadas, por meio do e-SUSAB ou SISAB, visando à readequação do processo de trabalho?	11.1.	11.2.	11.3.
12. Você <u>colabora</u> com atividades de educação permanente para outros profissionais? <i>(Independente do tema – quer se avaliar a capacidade didática)</i>	12.1.	12.2.	12.3.
13. Você promove a mobilização e a participação da comunidade nos conselhos locais e no conselho municipal de saúde?	13.1.	13.2.	13.3.
14. Você identifica e mobiliza parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar <u>ações intersetoriais</u> ?	14.1.	14.2.	14.3.
15. Você realiza ações coletivas (palestras, participação em grupos terapêuticos, reuniões na comunidade e nas escolas, campanha de imunização)?	15.1.	15.2.	15.3.
16. Você <u>investiga</u> a ocorrência de agravos a saúde mental (incluindo questões relacionadas a uso de álcool e outras drogas) entre pessoas de sua área abrangência? <i>(Não obrigatoriamente através de busca ativa)</i>	16.1.	16.2.	16.3.
<p>17. *De uma maneira geral, por que você não realiza na UBS os procedimentos <b>que sabe fazer</b>?</p> <p>( ) 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF;</p> <p>( ) 2 - Não disponho de tempo;</p> <p>( ) 3 - Não me sinto seguro(a);</p> <p>( ) 4 - Não tenho interesse;</p> <p>( ) 5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão;</p> <p>( ) 6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe;</p> <p>( ) 7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada;</p> <p>( ) 8 - Não conheço a rede de serviços de referência;</p> <p>( ) 9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos;</p> <p>( ) 10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos;</p> <p>( ) 11 - Outro; <b>17.1.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica.</p> <p>( ) 99 - Não sabe.</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>17. _____</p> <p>17.1. _____</p>
<p>18. *(Relativa à questão 4) Que tipos de visita domiciliar você realiza?</p> <p>( ) 1 - Recém-nascidos</p> <p>( ) 2 - Puérperas</p> <p>( ) 3 - Acamados</p> <p>( ) 4 - Pessoas com necessidades especiais</p> <p>( ) 5 - Pacientes faltosos</p> <p>( ) 6 - Pacientes com vulnerabilidade social</p> <p>( ) 7 - Pacientes com agravos em saúde mental</p> <p>( ) 8 - Outro <b>18.1.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>18. _____</p> <p>18.1. _____</p>
<p>18.2. (Relativa à questão 4) Se você realiza visita domiciliar, informe com que periodicidade você as realiza:</p> <p>( ) 1 - Semanalmente ( ) 2 - Quinzenalmente ( ) 3 - Mensalmente ( ) 5 - Outro <b>18.3.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p>			<p>18.2. _____</p> <p>18.3. _____</p>
<p>19. *(Relativa às questões 5 e 6) Que ações você realiza no acolhimento?</p> <p>( ) 1 – Identificação/checagem do paciente (nome, sexo, idade)</p> <p>( ) 2 - Realiza escuta qualificada</p> <p>( ) 3 - Realiza exame geral e verifico sinais vitais – diferenciar de exame direcionado</p> <p>( ) 4 - Agenda consulta para outra data se necessário -</p> <p>( ) 5 - Encaminha para outro serviço da unidade (vacina, curativo, farmácia)</p> <p>( ) 6 - Encaminha para outro profissional da equipe ou do NASF se necessário</p> <p>( ) 7- Solicita exames complementares se necessário</p> <p>( ) 8 - Renova receita de paciente</p> <p>( ) 9 - Realiza consulta medica completa</p>			<p>19. _____</p> <p>19.1. _____</p>




<input type="checkbox"/> )10 - Encaminha para outro serviço se necessário <input type="checkbox"/> )11 - Outra. <b>19.1.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	
<b>20.</b> *(Relativa à questão 15) Quais ações coletivas você realiza ou participa? <input type="checkbox"/> )1 - Reuniões com professores e escolares <input type="checkbox"/> )2 - Reuniões com lideranças comunitárias <input type="checkbox"/> )3 - Atividades físicas <input type="checkbox"/> )4 - Grupos de gestantes <input type="checkbox"/> )5 - Grupos de Idosos <input type="checkbox"/> )6 - Terapia comunitária <input type="checkbox"/> )7 - Grupos de jovens <input type="checkbox"/> )8 - Grupo com pacientes com múltiplas queixas clínicas <input type="checkbox"/> )9 - Outro. <b>20.1.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	20.____ 20.1.____
<b>21.</b> *(Relativa à questão 16) Você diz investigar a ocorrência de agravos a saúde mental, descreva em que situações investiga: <input type="checkbox"/> )1 - Em todas as pessoas da área de abrangência da equipe <input type="checkbox"/> )2 - Em todas as pessoas que buscam atendimento individual <input type="checkbox"/> )3 - Apenas em casos específicos de pessoas que buscam atendimento individual <input type="checkbox"/> )4 - Outro <b>21.1.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica. * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	21.____ 21.1.____
<b>22.</b> *(Relativa à questão 16) Você utiliza instrumentos padronizados para investigar a ocorrência desses agravos (incluindo questões relacionadas a uso de álcool e outras drogas) tais como CAGE, ASSIST ou teste de Fagerström entre pessoas de sua área abrangência? <input type="checkbox"/> )1 - Sim <input type="checkbox"/> )2 - Não <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica	22.____
<b>23.</b> *Identificando uma pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas que tipo de apoio você oferece? <input type="checkbox"/> )1 - Escuta e acolhimento; <input type="checkbox"/> )2 - Aconselhamento informal; <input type="checkbox"/> )3 - Aconselhamento e intervenções breves, por meio de técnicas padronizadas; <input type="checkbox"/> )4 - Orientação para participar dos Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos; <input type="checkbox"/> )5 - Encaminhamento ao CAPS; <input type="checkbox"/> )6 - Cuidado compartilhado (apoio matricial em parceria com CAPS, NASF ou outro serviço); <input type="checkbox"/> )7 - Outro. <b>23.1.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> )8 - <b>NÃO oferece nenhum tipo de apoio.</b> <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	23.____ 23.1.____
<b>23.2.</b> *Se a resposta à pergunta <b>23</b> foi <b>NÃO oferece nenhum tipo de apoio</b> , explique porque: <input type="checkbox"/> )1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF; <input type="checkbox"/> )2 - Não disponho de tempo; <input type="checkbox"/> )3 - Não me sinto seguro(a); <input type="checkbox"/> )4 - Não tenho interesse; <input type="checkbox"/> )5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão; <input type="checkbox"/> )6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe; <input type="checkbox"/> )7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada; <input type="checkbox"/> )8 - Não conheço a rede de serviços de referência; <input type="checkbox"/> )9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos; <input type="checkbox"/> )10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos; <input type="checkbox"/> )11 - Outro; <b>23.3.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> )88 - Não se aplica. <input type="checkbox"/> )99 - Não sabe. * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	23.2.____ 23.3.____




<b>PARTE 3</b>			
<b><u>ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS ESPECÍFICAS DO MÉDICO DA ESF</u></b>			
<b>A tabela abaixo apresenta uma lista de atribuições consideradas específicas do médico da ESF. Em cada uma das colunas indique se você realiza a atribuição; informe o nível de confiança em desempenhar as atribuições e a principal forma de aprendizado.</b>			
<p>Realiza a atribuição? S – Sim NN – Não, e não sei fazer NS – Não, mas sei fazer</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"><b>LEGENDA</b></div>	<p>Nível de confiança: B – Baixo M – Médio A – Alto</p> <p>Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)</p>	<p>Forma de aprendizado: 1 – Sozinho 2 – Com outro profissional nível superior 3 – Com outro profissional nível médio/Técnico (e.g.: ACS, Técnico de enfermagem) 4 – Graduação 5 – Curso de capacitação do seu trabalho 6 – Curso de aperfeiçoamento 7 – Especialização 8 – Residência 9 – Mestrado/doutorado</p> <p>Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)</p>	
<b>Atribuições específicas do médico</b>	<b>Realiza a atribuição?</b>	<b>Qual o seu nível de confiança em desempenhá-la?</b>	<b>Qual foi a principal forma de aprendizado?</b>
<b>1.</b> Você realiza consultas clínicas para Recém-nascidos?	<b>1.1.</b>	<b>1.2.</b>	<b>1.3.</b>
<b>2.</b> Você realiza puericultura?	<b>2.1.</b>	<b>2.2.</b>	<b>2.3.</b>
<b>3.</b> Você realiza atenção clínica às crianças de uma forma geral?	<b>3.1.</b>	<b>3.2.</b>	<b>3.3.</b>
<b>4.</b> Você realiza atenção a gestantes?	<b>4.1.</b>	<b>4.2.</b>	<b>4.3.</b>
<b>5.</b> Você faz acompanhamento compartilhado de Gestantes de alto risco com serviços de referência?	<b>5.1.</b>	<b>5.2.</b>	<b>5.3.</b>
<b>6.</b> Você realiza consulta puerperal?	<b>6.1.</b>	<b>6.2.</b>	<b>6.3.</b>
<b>7.</b> Você realiza ações de planejamento familiar? <i>(incluindo prescrição)</i>	<b>7.1.</b>	<b>7.2.</b>	<b>7.3.</b>
<b>8.</b> Você realiza a inserção do DIU?	<b>8.1.</b>	<b>8.2.</b>	<b>8.3.</b>
<b>9.</b> Você realiza exame ginecológico em seus atendimentos?	<b>9.1.</b>	<b>9.2.</b>	<b>9.3.</b>
<b>10.</b> Você realiza coleta de citologia oncótica do colo uterino (Papanicolau) na unidade de saúde?	<b>10.1.</b>	<b>10.2.</b>	<b>10.3.</b>
<b>11.</b> Você realiza ações de prevenção ao câncer de mama em mulheres?	<b>11.1.</b>	<b>11.2.</b>	<b>11.3.</b>
<b>12.</b> Você realiza atendimento para idosos?	<b>12.1.</b>	<b>12.2.</b>	<b>12.3.</b>
<b>13.</b> Você realiza ações de atenção a saúde do homem incluindo ações de diagnóstico precoce para câncer de próstata?	<b>13.1.</b>	<b>13.2.</b>	<b>13.3.</b>

14. Você atende casos de hipertensão e diabetes?	14.1.	14.2.	14.3.
15. Você acompanha o tratamento de casos de Tuberculose?	15.1.	15.2.	15.3.
16. Você acompanha o tratamento de casos de Hanseníase?	16.1.	16.2.	16.3.
17. Você acompanha casos de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) na Unidade de Saúde?	17.1.	17.2.	17.3.
18. Você acompanha pessoas vivendo com HIV/Aids?	18.1.	18.2.	18.3.
19. Você acompanha pacientes em cuidados paliativos?	19.1.	19.2.	19.3.
20. Você acompanha clinicamente pacientes com agravo de saúde mental?	20.1.	20.2.	20.3.
21. Você acompanha pacientes com foco no tratamento da obesidade?	21.1.	21.2.	21.3.
Sobre os procedimentos listados abaixo responda: Você os realiza na unidade de Saúde da Família?	Realiza o procedimento?	Qual o seu nível de confiança em realizá-lo?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
22. Incisão e drenagem de abscesso	22.1.	22.2.	22.3.
23. Suturas	23.1.	23.2.	23.3.
24. Remoção de lesões na pele	24.1.	24.2.	24.3.
25. Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	25.1.	25.2.	25.3.
26. Remoção de cerume	26.1.	26.2.	26.3.
27. Inserção de sonda nasogástrica / lavagem gástrica	27.1.	27.2.	27.3.
28. Inserção de cateter uretral	28.1.	28.2.	28.3.
29. Acupuntura	29.1.	29.2.	29.3.
30. Oftalmoscopia	30.1.	30.2.	30.3.
31. Otoscopia	31.1.	31.2.	31.3.
Sobre as condições clínicas listadas abaixo responda: Você realiza acompanhamento de pacientes com foco no tratamento de:	Realiza o acompanhamento?	Qual o seu nível de confiança em desempenhá-lo?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
32. Lombalgias	32.1.	32.2.	32.3.
33. Infecção urinária recorrente	33.1.	33.2.	33.3.
34. Sinusite recorrente	34.1.	34.2.	34.3.
35. Asma	35.1.	35.2.	35.3.
36. Anemia	36.1.	36.2.	36.3.
37. Epigastralgia / Úlcera péptica	37.1.	37.2.	37.3.

38. Micoses superficiais	38.1.	38.2.	38.3.
<p><b>39.</b> Há outras condições clínicas que você acompanha e queira citar?</p> <p>( ) 1 - Sim. Quais? <b>39.1.</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>( ) 2 - Não</p>			<p>39. _____</p> <p>39.1. _____</p>
<p><b>40.</b> *De uma maneira geral, por que você não realiza na UBS os procedimentos <b>que sabe fazer</b>?</p> <p>( ) 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF;</p> <p>( ) 2 - Não disponho de tempo;</p> <p>( ) 3 - Não me sinto seguro(a);</p> <p>( ) 4 - Não tenho interesse;</p> <p>( ) 5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão;</p> <p>( ) 6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe;</p> <p>( ) 7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada;</p> <p>( ) 8 - Não conheço a rede de serviços de referência;</p> <p>( ) 9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos;</p> <p>( ) 10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos;</p> <p>( ) 11 - Outro; <b>40.1.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica.</p> <p>( ) 99 - Não sabe.</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>40. _____</p> <p>40.1. _____</p>
<p><b>41.</b> Você faz a interpretação de resultados de citologia oncótica do colo uterino para rastreamento de câncer de colo de útero?</p> <p>( ) 1 - Sim ( ) 2 - Não ( ) 88 - Não se aplica</p>			<p>41. _____</p>
<p><b>42.</b> *(Relativa à questão 11) Se você realiza ações de diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres, que tipos de ações você realiza?</p> <p>( ) 1 - Inspeção e palpação das mamas</p> <p>( ) 2 - Solicitação de mamografia segundo protocolos de rastreamento</p> <p>( ) 3 - Encaminhamento para serviço de referência se mamografia <u>alterada</u></p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>42. _____</p>
<p><b>43.</b> *(Relativa à questão 20) Quais agravos a Saúde Mental você faz acompanhamento?</p> <p>( ) 1 - Transtornos Mentais Comuns (Depressão, ansiedade)</p> <p>( ) 2 - Uso crônico de benzodiazepínicos;</p> <p>( ) 3 - Uso de álcool e/ou outras drogas;</p> <p>( ) <b>4 - Transtornos mentais graves e persistentes (esquizofrenia, transtorno bipolar e/ou egressos de internação psiquiátrica).</b></p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>			<p>43. _____</p>
<p><b>43.1.</b> *Se você faz acompanhamento de pacientes com <b>transtornos mentais graves e persistentes (esquizofrenia, transtorno bipolar e/ou egressos de internação psiquiátrica)</b>, que tipo de acompanhamento faz?</p> <p>( ) 1 - cuidado de agravos a saúde geral, conforme os programas oferecidos;</p> <p>( ) 2 - Visita domiciliar;</p> <p>( ) 3 - Monitoramento da adesão ao tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental;</p> <p>( ) 4 - Monitoramento da frequência de retornos a atenção especializada em saúde mental;</p> <p>( ) 5 - Revisão do tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental;</p> <p>( ) 6 - Repetição de prescrição da atenção especializada em saúde mental;</p> <p>( ) 7 - Cuidado compartilhado (apoio matricial em parceria com CAPS ou NASF ou outro serviço);</p> <p>( ) 8 - Outros <b>43.2.</b> Quais? _____</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>			<p>43.1. _____</p> <p>43.2. _____</p>

<p><b>44.</b> Você utiliza protocolos para atendimentos que realiza na Unidade de Saúde?</p> <p>( ) 1 - Sim </p> <p>( ) 2 - Não*</p> <p>*Se você respondeu <b>NÃO</b>, pule para questão <b>48</b>.</p>	<p><b>44.1.</b> *Se <b>SIM</b>, para quais?</p> <p>( ) 1 - Recém-nascidos</p> <p>( ) 2 - Puericultura</p> <p>( ) 3 - Saúde da criança (AIDIP)</p> <p>( ) 4 - Pré-natal ( ) 5 - Puerpério</p> <p>( ) 6 - Planejamento familiar</p> <p>( ) 7 - Prevenção ao câncer de colo uterino</p> <p>( ) 8 - Prevenção ao câncer de mama</p> <p>( ) 9 - Idosos</p> <p>( ) 10 - Saúde do homem</p> <p>( ) 11 - Hipertensão. ( ) 12 - Diabetes</p> <p>( ) 13 - Tuberculose ( ) 14 - Hanseníase</p> <p>( ) 15 - ISTs ( ) 16 - HIV/AIDS</p> <p>( ) 17 - Saúde mental</p> <p>( ) 18 - Obesos</p> <p>( ) 19 - Atenção Domiciliar</p> <p>( ) 20 - Saúde do Adolescente</p> <p>( ) 21 - Saúde do Trabalhador</p>	<p>44.____</p> <p>44.1.____</p> <p>44.2.____</p>
<p>( ) 22 - Outro(s) <b>44.2.</b> Qual(is)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>		
<p><b>45.</b> Você encaminha usuários a outros pontos de atenção quando necessário?</p> <p>( ) 1 - Sim </p> <p>( ) 2 - Não*</p> <p>*Se você respondeu <b>NÃO</b>, pule para questão <b>45.4</b></p>	<p><b>45.1.</b> Se você respondeu <b>SIM</b>, a cada 10 pacientes que você atende, em média, quantos você encaminha?</p> <p>( ) 1 - 0 a 2</p> <p>( ) 2 - 3 a 4</p> <p>( ) 3 - 5 a 6</p> <p>( ) 4 - 7 ou mais</p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p> <p>( ) 99 - Não sabe</p>	<p>45.____</p> <p>45.1.____</p>
<p><b>45.2.</b> Para que tipo de serviço você tem encaminhado os usuários <b>mais frequentemente</b>?</p> <p>( ) 1 - Ambulatório especializado ou Policlínica</p> <p>( ) 2 - UPA ou serviços de urgência</p> <p>( ) 3 - Hospital secundário</p> <p>( ) 4 - Hospital terciário</p> <p>( ) 5 - Outro. <b>45.3.</b> Descreva, por favor: _____</p> <p>( ) 6 - CAPS</p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p> <p>*Agora vá para questão <b>45.6</b></p>		
<p><b>45.4.</b> *Se você <b>NÃO</b> encaminha pacientes para pontos de atenção, por favor explique por que?</p> <p>( ) 1 - Consigo acompanhar a maior parte dos casos na Unidade de Saúde da Família</p> <p>( ) 2 - Os usuários encaminhados tem dificuldades para conseguir consultas em serviços de referencia</p> <p>( ) 3 - Não existe serviço de referência para onde encaminhar</p> <p>( ) 4 - Outros. <b>45.5.</b> Descreva, por favor: _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>		
<p><b>45.6.</b> Você continua acompanhando o plano terapêutico dos usuários depois que eles retornam do serviço de referência?</p> <p>( ) 1 - Sim*</p> <p>( ) 2 - Não </p>	<p><b>45.7.</b> *Se você respondeu que <b>NÃO</b> acompanha o plano terapêutico, por favor assinale o motivo principal:</p> <p>( ) 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF;</p> <p>( ) 2 - Não disponho de tempo;</p> <p>( ) 3 - Não me sinto seguro(a);</p> <p>( ) 4 - Não tenho interesse;</p> <p>( ) 5 - Não recebo contra-referência dos serviços para onde encaminho os usuários;</p> <p>( ) 6 - Outro. <b>45.8.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88 - Não se aplica.</p>	<p>45.6.____</p> <p>45.7.____</p> <p>45.8.____</p>

	( )99 - Não sabe. *Esta questão pode ter mais de uma resposta	
<p><b>46.</b> Você acompanha pessoas em internação domiciliar (vinculadas a Serviço ou Programa de Atenção Domiciliar – SAD/PAD)</p> <p>( )1 - Sim*</p> <p>( )2 - Não </p>	<p><b>46.1.</b> *Se você respondeu que <b>NÃO</b> indica, assinale o por que:</p> <p>( )1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF;</p> <p>( )2 - Não disponho de tempo;</p> <p>( )3 - Não me sinto seguro(a);</p> <p>( )4 - Não tenho interesse;</p> <p>( )5 - Não tenho pessoas em internação hospitalar na área de abrangência da equipe</p> <p>( )6 - Outros <b>46.2.</b> Qual?</p> <p>_____</p> <p>( )88 - Não se aplica</p> <p>( )99 - Não sabe.</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	<p>46._____</p> <p>46.1.____</p> <p>46.2.____</p>
<p><b>47.</b> Que outras práticas você realiza que não foram incluídas neste formulário?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		47._____
<p><b>48.</b> Quais seriam as práticas que você poderia adicionar à sua atividade atual de médico da ESF?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		48._____
<b>PARTE 4</b>		
<b><u>CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA</u></b>		
<b>1.</b> Há quanto tempo trabalha na ESF? _____ (tempo em meses)		1._____
<b>2.</b> Há quanto tempo trabalha nesta equipe? _____ (tempo em meses)		2.____
<p><b>3.</b> Qual o vínculo você tem atualmente como médico(a) da Estratégia Saúde da Família?</p> <p>( )1 - CLT - Celetista</p> <p>( )2 - Estatutário - Concurso Público</p> <p>( )3 - Programa Mais Médicos - PROVAB</p> <p>( )4 - Residência Médica</p> <p>( )5 - Temporário - RPA</p> <p>( )6 - Outro <b>3.1.</b> Qual? _____</p>		<p>3._____</p> <p>3.1.____</p>
<b>4.</b> Qual o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família no atual vínculo? _____ (tempo em meses)		4.____
<p><b>5.</b> Qual sua <u>principal</u> motivação para atuar como Médico da Estratégia de Saúde da Família?</p> <p>( )1- Estabilidade</p> <p>( )2- Identificação</p> <p>( )3- Como uma situação transitória (e.g., estudando para residência, procurando melhor emprego, etc.)</p> <p>( )4- Falta de opção</p> <p>( )5- Outro <b>5.1.</b> Qual? _____</p>		<p>5._____</p> <p>5.1.____</p>
<b>6.</b> Você já teve outro tipo de contrato de trabalho na ESF?		6.____




( )1- Sim      ( )2- Não					
<b>6.1. *Com relação ao item anterior (6), qual(is) o(s) tipo(s) de contrato(s)?</b> <input type="checkbox"/> 1 - CLT - Celetista <input type="checkbox"/> 2 - Estatutário - Concurso Público <input type="checkbox"/> 3 - Programa Mais Médicos - PROVAB <input type="checkbox"/> 4 - Temporário - RPA <input type="checkbox"/> 5 - Outro <b>6.2.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica.					6.1.____ 6.2.____
<b>6.3. As mudanças na sua forma de contratação <u>causam</u> / ou <u>podem causar</u> mudanças na sua <u>satisfação</u> em exercer suas atividades ao longo dos anos?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não					6.3.____
<b>6.4. Com relação ao item anterior (6.3), de que maneira?</b> _____ _____ _____ _____ _____					6.4.____
<b>6.5. As modificações na forma de contratação, <u>causaram</u> / ou <u>poderiam causar</u> mudanças na <u>forma de exercer</u> suas atividades ao longo dos anos?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não					6.5.____
<b>6.6. Com relação ao item anterior (6.5), de que maneira?</b> _____ _____ _____ _____					6.6.____
<b>7. Para cada Atributo essencial da Atenção Primária à Saúde listado na tabela, avalie, em sua opinião, como cada forma de contratação pode ajudar ou não. Você pode ler breves definições sobre os atributos abaixo da tabela.</b>					7.
Atributos Essenciais da APS	Formas de Contratação				7.1____
	CLT - Celetista	Estatutário - Concurso Público	Programa Mais Médicos - PROVAB	Temporário - RPA	7.2____
Atenção no Primeiro Contato	( )1- Ótimo 7.1 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.2 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.3 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.4 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	7.3____ 7.4____ 7.5____ 7.6____ 7.7____
Acompanhamento Longitudinal	( )1- Ótimo 7.5 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.6 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.7 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.8 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	7.8____ 7.9____ 7.10____ 7.11____
Integralidade	( )1- Ótimo 7.9 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.10 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.11 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.12 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	7.12____ 7.13____ 7.14____ 7.15____
Coordenação do Cuidado	( )1- Ótimo 7.13 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.14 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.15 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	( )1- Ótimo 7.16 ( )2- Bom ( )3- Regular ( )4- Ruim ( )5- Péssimo ( )99- Não sabe	7.16____

<p>Atenção no primeiro contato: é a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema.</p> <p>Longitudinalidade ou acompanhamento longitudinal: é a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.</p> <p>Integralidade: é a abordagem integral do indivíduo, da família e da comunidade na sua prática profissional.</p> <p>Coordenação do Cuidado: é a articulação realizada por você, enquanto profissional, entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam alinhados e voltados ao alcance do cuidado ao paciente, independentemente do local onde sejam prestados</p>	
<p><b>8.</b> Na sua opinião, qual <b>a melhor</b> forma de contratação para os médicos da APS/ ESF?</p> <p>( )1 - CLT - Celetista</p> <p>( )2 - Estatutário - Concurso Público</p> <p>( )3 - Programa Mais Médicos - PROVAB</p> <p>( )4 - Temporário - RPA</p> <p>( )5 - Outro <b>8.1.</b> Qual? _____</p>	<p>8.____</p> <p>8.1.____</p>
<p><b>8.2.</b> Com relação ao item anterior (8), por que você considera a resposta acima a melhor forma de contratação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>8.2.____</p>
<p><b>9.</b> Na sua opinião, qual <b>a pior</b> forma de contratação para os médicos da APS/ ESF?</p> <p>( )1 - CLT - Celetista</p> <p>( )2 - Estatutário - Concurso Público</p> <p>( )3 - Programa Mais Médicos - PROVAB</p> <p>( )4 - Temporário - RPA</p> <p>( )5 - Outro <b>9.1.</b> Qual? _____</p>	<p>9.____</p> <p>9.1.____</p>
<p><b>9.2.</b> Com relação ao item anterior (9), por que você considera a resposta acima a pior forma de contratação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>9.2.____</p>
<p><b>10.</b> Você pensa que sua atual forma de contratação <b>é, em alguns pontos, desvantajosa</b> com relação a forma de contratação de outros colegas médicos atuantes na ESF com as mesmas atribuições e condições de trabalho que você?</p> <p>( )1- Sim      ( )2- Não</p>	<p>10.____</p>
<p><b>11.</b> *Na sua percepção, que direitos / vantagens deveriam ser extensivos a todos que desempenham a mesma função:</p> <p>( )1- Isenção de Imposto de Renda</p> <p>( )2- Férias de 30 dias com adicional de 1 terço</p> <p>( )3- Décimo terceiro salário</p> <p>( )4- Isonomia salarial dos médicos contratados aos bolsistas (sejam residentes ou de programas de provimento)</p> <p>( )5- Mesmo empregador / contratante / vinculador</p> <p>( )6- Outros. <b>11.1.</b> Quais: _____</p> <p>( )88- Não se aplica</p> <p>( )99- Não sabe</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>	<p>11.____</p> <p>11.1.____</p>
<p><b>12.</b> Na sua opinião, o trabalho médico da ESF poderia ser melhor qualificado, se houvesse a possibilidade de incentivos adicionais?</p> <p>( )1- Sim      ( )2- Não</p>	<p>12.____</p>

<p><b>12.1.</b> *Com relação ao item anterior (12), quais itens poderiam ser considerados como indicadores/fatores para incentivos adicionais?</p> <p>( ) 1- Melhora dos indicadores de saúde</p> <p>( ) 2- Número de pessoas componentes da área de adscrição</p> <p>( ) 3- Número de horas trabalhadas</p> <p>( ) 4- Realização de procedimentos especializados</p> <p>( ) 5- Número de procedimentos realizados</p> <p>( ) 6- Outros <b>12.2.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 88- Não se aplica</p> <p>( ) 99- Não sabe</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>	<p>12.1.____</p> <p>12.2.____</p>
<p><b>13.</b> O regime de contratação de profissionais no SUS deve ser?</p> <p>( ) 1- Diferenciado para o médico em relação as outras categorias</p> <p>( ) 2- Diferenciado para as categorias assistenciais (categorias da saúde: Medicina, Enfermagem etc)</p> <p>( ) 3- Igual para todos (incluindo funcionários dos setores administrativos, limpeza, segurança etc)</p> <p>( ) 4- Outro: _____</p> <p>( ) 99- Não sabe</p>	<p>13.____</p>
<p><b>13.1.</b> Em relação ao item anterior (13), por favor, explique a sua resposta.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>13.1.____</p>
<p><b>14.</b> Na sua opinião, quem deveria contratar médicos para atuar na ESF?</p> <p>( ) 1 – Prefeitura.</p> <p>( ) 2 – Estado.</p> <p>( ) 3 – União.</p> <p>( ) 4 – O Sistema Único de Saúde.</p> <p>( ) 5 – Estatais.</p> <p>( ) 6 – Organizações Sociais.</p> <p>( ) 7 – Outro. <b>14.1.</b> Qual? _____</p> <p>( ) 99 – Não sabe</p>	<p>14.____</p> <p>14.1.____</p>
<p><b>15.</b> Você faria serviços adicionais dentro do seu trabalho, mediante remuneração extra?</p> <p>( ) 1- Sim      ( ) 2- Não</p>	<p>15.____</p>
<p><b>15.1.</b> Com relação ao item anterior (15), qual o <b>porquê</b> e <b>em que condições</b>?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>15.1.____</p>
<p><b>16.</b> Você é a favor da criação de um Único Quadro de Profissionais Efetivos para a ESF, através de um único Fundo de Pagamento de Servidores do SUS?</p> <p>( ) 1- Sim      ( ) 2 - Não      ( ) 99 - Não sabe</p>	<p>16.____</p>
<p><b>16.1.</b> Qual o porquê com relação ao item anterior (16)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>16.1.____</p>
<p><b>16.2</b> Você é a favor do gerenciamento dos profissionais a nível local pelas secretarias municipais de saúde?</p> <p>( ) 1- Sim      ( ) 2 - Não      ( ) 99 - Não sabe</p>	<p>16.2.____</p>
<p><b>16.3.</b> Qual o porquê com relação ao item anterior (16.2)?</p>	<p>16.3.____</p>



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<b>17. Possui plano de carreira para sua profissão?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe		17. ____
<b>PARTE 5</b>		
<b>ITINERÁRIO FORMATIVO</b>		
<b>1. Em que ano concluiu a graduação em Medicina?:</b> _____		1. ____
<b>2. Tipo de instituição onde concluiu a graduação:</b> <input type="checkbox"/> 1- Pública <input type="checkbox"/> 2- Privada <input type="checkbox"/> 3 – Outras. <b>2.1. Qual?</b> _____ Instituição: _____		2. ____ 2.1. ____
<b>3. Localização da instituição onde concluiu a graduação:</b> Cidade: _____ <input type="checkbox"/> 1- Fortaleza <input type="checkbox"/> 2- No interior do estado do Ceará <input type="checkbox"/> 3- Na região nordeste, exceto Ceará <input type="checkbox"/> 4- Outros estados, exceto região Nordeste <input type="checkbox"/> 5- No exterior	<b>3.1. Se você fez a graduação no exterior, seu diploma foi revalidado no Brasil?</b>  <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica	3. ____ 3.1. ____
<b>4. Você já concluiu especialização lato sensu?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não	<b>4.1. *Se SIM, especifique qual:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Saúde da Família. <input type="checkbox"/> 2 - Saúde Pública. <input type="checkbox"/> 3- Auditoria Médica. <input type="checkbox"/> 4 - Medicina do Trabalho. <input type="checkbox"/> 5- Outro <b>4.2. Qual?</b> _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica <small>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</small>	4. ____ 4.1. ____ 4.2. ____
<b>4.3 Você está cursando especialização lato sensu?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não	<b>4.4. *Se SIM, especifique qual:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Saúde da Família. <input type="checkbox"/> 2 - Saúde Pública. <input type="checkbox"/> 3 - Auditoria Médica. <input type="checkbox"/> 4 - Medicina do Trabalho. <input type="checkbox"/> 5 - Outro <b>4.5. Qual?</b> _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <small>*Esta questão pode ter mais de uma resposta.</small>	4.3. ____ 4.4. ____ 4.5. ____
<b>5. Você concluiu Residência Médica?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim, na área de Medicina de Família <input type="checkbox"/> 2- Sim, em outra área <input type="checkbox"/> 3- Não <b>5.1. Especifique suas áreas de residência concluídas (até duas incluindo Medicina de Família):</b> _____		5. ____ 5.1. ____
<b>5.2. Você está cursando a Residência Médica?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim, na área de Medicina de Família <input type="checkbox"/> 2- Sim, em outra área <b>5.3. Qual?</b> _____ <input type="checkbox"/> 3- Não		5.2. ____ 5.3. ____
<b>6. Você possui o título de especialista em medicina de família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não		6. ____
<b>7. Você já concluiu ou está cursando mestrado?</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	<b>7.1. *Se SIM, especifique qual:</b> <input type="checkbox"/> 1- Mestrado Acadêmico em Saúde Pública <input type="checkbox"/> 2 - Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> 3 - Mestrado Acadêmico em Ciências Médicas <input type="checkbox"/> 4 - Mestrado Profissional em Saúde da Família	7. ____ 7.1. ____ 7.2. ____

	<input type="checkbox"/> 5- Outro <b>7.2.</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	
<b>8.</b> Você cursou ou está cursando doutorado? <input type="checkbox"/> 1- Sim  <input type="checkbox"/> 2- Não	<b>8.1.</b> Se <b>SIM</b> , especifique qual: _____ _____	8._____ 8.1.____
<b>9.</b> Você trabalha em alguma outra instituição ou serviço de saúde? <input type="checkbox"/> 1 - Sim  <input type="checkbox"/> 2 - Não	<b>9.1.</b> *Se <b>SIM</b> , especifique onde: <input type="checkbox"/> 1 - Hospital - Setor emergência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital - Setor enfermaria <input type="checkbox"/> 3 - Hospital - Setor U.T.I. <input type="checkbox"/> 5 - SAMU <input type="checkbox"/> 6 - UPA <input type="checkbox"/> 5 - Instituição de Ensino <input type="checkbox"/> 6 - Consultório Privado <input type="checkbox"/> 7 - Outro <b>9.2.</b> Qual? _____  <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	9._____ 9.1.____ 9.2.____
<b>9.3.</b> Qual a sua carga horária semanal de trabalho, somando todos os serviços em que atua? _____ _____ (tempo em horas)		9.3.____
<b>10.</b> Você atua como preceptor(a) de programa de residência ou internato na estratégia saúde da família? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não* *Se respondeu <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>11</b>		10.____
<b>10.1.</b> Você recebe algum incentivo para exercer o trabalho de preceptor(a)? <input type="checkbox"/> 1 - Sim  <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica	<b>10.2.</b> *Se <b>SIM</b> , por favor, especifique qual(is): <input type="checkbox"/> 1 - Financeiro <input type="checkbox"/> 2 - Oportunidades de Educação permanente <input type="checkbox"/> 3 - Certificação <input type="checkbox"/> 4 - Outro <b>10.3.</b> Qual? _____  <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	10.1.____ 10.2.____ 10.3.____
<b>11.</b> Você atua como supervisor(a) do <b>PROVAB</b> ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		11. ____
<b>12.</b> Você atua como supervisor(a) do <b>MAIS MÉDICOS</b> ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		12.____
<b>13.</b> Quanto é, em média, a atual renda familiar em salários mínimos (SM)? _____ (quantidade de SM) <input type="checkbox"/> 77 – Prefiro não declarar		13.____
<b>PARTE 6</b> <b><u>COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL OU TRABALHO EM EQUIPE</u></b>		
<b>1.</b> Em que medida os profissionais de sua equipe de Saúde da Família trabalham como equipe? <input type="checkbox"/> 1 - De forma alguma <input type="checkbox"/> 2 - Pouco <input type="checkbox"/> 3 - Razoavelmente <input type="checkbox"/> 4 - Muito <input type="checkbox"/> 5 - Completamente		1.____
<b>2.</b> Em que medida você se sente engajado(a) no trabalho da equipe para atender bem a comunidade? <input type="checkbox"/> 1 - De forma alguma <input type="checkbox"/> 2 - Pouco <input type="checkbox"/> 3 - Razoavelmente <input type="checkbox"/> 4 - Muito <input type="checkbox"/> 5 - Completamente		2.____

<p><b>3. *Com que membros da equipe você colabora com mais frequência?</b></p> <p>( )1 - Enfermeiro  ( )2 - Técnico ou auxiliar de enfermagem  ( )3 - Dentista  ( )4 - Técnico e/ou auxiliar de saúde bucal  ( )5 - ACS  ( )6 - Pessoal administrativo  ( )7 - Profissionais do NASF  ( )10 - Outro <b>3.1.</b> Qual? _____  ( )8 - Não se aplica</p> <p><small>*Esta pergunta pode ter mais de uma resposta</small></p>	<p>3.____</p> <p>3.1.____</p>
<p><b>4. Em que medida os membros de sua equipe reconhecem o trabalho que você faz direcionado a população?</b></p> <p>( )1 - De forma alguma ( )2 - Pouco ( )3 - Razoavelmente ( )4 - Muito ( )5 - Completamente</p>	<p>4.____</p>
<p><b>5. Os membros de sua equipe colaboram com você para resolver problemas que acontecem no trabalho?</b></p> <p>( )1 - De forma alguma ( )2 - Pouco ( )3 - Razoavelmente ( )4 - Muito ( )5 – Completamente</p>	<p>5.____</p>
<p><b>6. Você quer fazer mais algum comentário sobre o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família?</b></p> <p>( )1- Sim (Escreva abaixo) ( )2- Não</p>	<p>6.____</p>
<p><b><u>OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR</u></b></p>	