

Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil

Sabado Nicolau Girardi ¹

Ana Cristina de Sousa van Stralen ²

Thais Viana Lauar ³

Joana Natalia Cella ⁴

Jackson Freire Araújo ⁵

Célia Regina Pierantoni ⁶

Cristiana Leite Carvalho ⁷

^{1-5,7} Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado EPSM/FM/NESCON. Universidade Federal de Minas Gerais. Av Prof. Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30.130-100. E-mail: anastralen@gmail.com

⁶ Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: a revisão dos escopos de prática tende a ganhar importância crescente na agenda dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil. O objetivo deste estudo foi investigar o escopo de prática de médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) e suas principais barreiras.

Métodos: trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa realizado em 2015 e 2016, por meio de entrevistas com 26 médicos e 26 enfermeiros que atuam na APS em 12 municípios, distribuídos em cinco regiões de saúde brasileiras.

Resultados: médicos e enfermeiros em regiões de saúde no Norte e Nordeste realizam maior número de procedimentos, e ainda aqueles médicos que atuam em unidades localizadas em áreas rurais. Ambas as categorias profissionais indicaram saber realizar diversos procedimentos que não são realizados na prática. As principais barreiras para a não realização dos mesmos incluem, entre outras, falta de acesso a exames, insumos e infraestrutura inadequada, restrições de protocolos e guias municipais, restrições legais e a falta de capacitação.

Conclusões: os resultados sugerem a necessidade de flexibilizar as atribuições dos profissionais de saúde, facilitando a integração entre as práticas destes profissionais, e otimizando seu trabalho, principalmente naquelas regiões mais remotas e desassistidas, de forma a favorecer a ampliação do acesso e resolutividade na APS.

Palavras-chave *Atenção primária em saúde, Recursos humanos em saúde, Prática profissional, Força de trabalho em saúde*

Introdução

O termo ‘escopo de prática’ diz respeito a um conjunto abrangente de atribuições, funções e atividades de determinada ocupação. A composição e integração exata dessas funções e atividades variam de acordo com o profissional, com as necessidades e demandas para um determinado serviço e as organizações, instituições e locais em que este profissional está inserido.¹ Nesta perspectiva, o escopo de prática é determinado a partir de processos de interação entre atores e instituições, que incluem desde a regulação profissional, ou seja, aquelas atividades autorizadas por Lei, àquelas atividades que o profissional realiza na prática e tem competência para exercer, considerando tanto as habilidades adquiridas através de estudo e prática, quanto às qualidades e atitudes individuais.²⁻⁴

Na área da saúde, a maneira como as práticas profissionais são definidas, se limitada ou se ampliada, impacta diretamente na qualidade e no custo dos serviços.⁵ Por sua vez, os fatores que determinam estas práticas são diversos o que tem sido mostrado em vários estudos sobre o tema, nos quais o escopo de profissionais de saúde tem sido associado, entre outros, a fatores como nacionalidade, sexo, idade, formação, experiência e localidade de prática, como áreas remotas e desassistidas ou com baixa disponibilidade de profissionais de saúde.^{2,5-7}

A Atenção Primária em Saúde (APS) em vários países tem passado por mudanças significativas, no que diz respeito ao número e tipos de profissionais de saúde e seus respectivos papéis dentro dos serviços de saúde.^{8,9} Países como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra estão realizando revisão do escopo das profissões de saúde, buscando cada vez mais otimizar a sua força de trabalho, reduzir custos, proporcionar maior equidade e qualidade na prestação de serviços, principalmente em regiões que apresentam escassez destes profissionais. Estratégias adotadas por estes países incluem a adoção de novas profissões de saúde, a exemplo dos assistentes de médicos (*physician assistants*), enfermeiros com formação avançada (*nurse practitioners*). Isto é a transferência de funções entre categorias profissionais de nível superior ou para categorias de nível técnico - *task shifting* ou *skill mix*, a exemplo de enfermeiros realizarem determinados procedimentos médicos e a ampliação do escopo de prática do próprio profissional de saúde na APS, como o médico executar tarefas usualmente atribuídas a médicos especialistas.⁹⁻¹³

No Brasil, a APS é porta de entrada preferencial

do Sistema Único de Saúde (SUS) e o escopo de prática dos profissionais de saúde que atuam neste âmbito influencia diretamente as taxas de encaminhamentos e filas nas atenções secundária e terciária e, conseqüentemente, nos custos e acesso à saúde.⁵ Devido a isto, os processos de regulação e formação da força de trabalho, junto a reformas nos modelos de prestação de serviços, principalmente na APS, têm, durante os últimos anos, estado no centro da agenda de políticas de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. O presente artigo tem como objetivo investigar o escopo de prática de médicos e enfermeiros que atuam na APS e suas principais barreiras em cinco regiões de saúde brasileiras.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo sobre o escopo de prática de profissionais que atuam na APS, a partir dos resultados da pesquisa ‘Regulação das Profissões de Saúde’, conduzida pelos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/UFMG) e Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).¹⁴ A pesquisa teve como um de seus objetivos centrais identificar as atribuições, as competências e o escopo de práticas de diferentes profissões de saúde (enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, fisioterapeuta, médicos, nutricionistas e psicólogos) no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, e as interfaces entre as profissões.

No presente artigo iremos apresentar dados relativos a resultados de entrevistas com médicos e enfermeiros, que ocorreram entre agosto de 2015 a junho de 2016. Os cenários de estudo delimitados foram as Regiões de Saúde, objeto de investigação da pesquisa ‘Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil’, que definiram as regiões e municípios a serem visitados.¹⁵

A pesquisa contemplou regiões de saúde com perfis sociais e de oferta de serviços distintos, de acordo com os critérios “territorial administrativo, desenvolvimento socioeconômico e oferta e complexidade do sistema de saúde”,¹⁵ a saber: as regiões Norte e Sul Barretos (São Paulo); a Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco, conhecida como Rede PEBA, especificamente as macrorregiões de saúde de Petrolina (Pernambuco) e de Juazeiro (Bahia); Entorno de Manaus (Amazonas); Baixada Cuiabana (Mato Grosso); e

Carbonífera / Costa Doce (Rio Grande do Sul). Foram visitados 12 municípios, incluindo as sedes das regiões de saúde.

A seleção dos entrevistados ocorreu segundo a localização das UBS e categoria profissional. Para a seleção foi realizada uma consulta prévia ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) de junho de 2015, levando em consideração a localização da UBS, se em área rural, urbana (centro e bairro) ou área vulnerável (como as áreas periféricas, ou socioeconomicamente vulneráveis dos centros urbanos). Priorizaram-se aquelas que prestavam atendimento odontológico e contavam com apoio de profissionais do Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF), para que as categorias profissionais de interesse do estudo pudessem ser entrevistadas em cada local.

Os instrumentos de pesquisa foram construídos a partir de consulta aos protocolos da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), entrevistas com informantes-chave / profissionais da assistência e revisão de literatura internacional.^{5,16-18} Foram elaborados questionários semiabertos, com temas pré-definidos relacionados ao escopo de prática dos profissionais na APS segundo uma lista de procedimentos, atividades e ações, respectivamente 49 itens para os médicos e 34 itens para os enfermeiros.

Os entrevistados foram solicitados, entre outras questões, a indicar quais atividades “realizam” na UBS, quais “não realizam, mas sabem realizar” e quais “não sabem realizar”. Foi solicitado ainda aos profissionais que indicassem os principais motivos para a não realização das atividades que sabem realizar e quais poderiam ser realizadas para melhorar o acesso e a qualidade da prestação de serviço. O campo de Norte e Sul de Barretos foi o primeiro e serviu como pré-teste do instrumento, que sofreu algumas alterações para os demais campos.¹⁴ No total, foram entrevistados 26 médicos e 26 enfermeiros. Todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, sob Registro CAAE 46779115.5.0000.5260 e Parecer 1.248.858, de 29 de setembro de 2015.

Após transcrição das entrevistas foi realizada análise temática¹⁹ Inicialmente foi realizada uma pré-análise a partir de “leitura flutuante”, atividade que permitiu gerar impressões iniciais acerca do material coletado. Em seguida foi realizada a exploração do material, em que foram recortadas, das entrevistas, as informações pertinentes, buscando classificar os referidos recortes nas categorias, que incluíram os principais motivos apresentados pelos

profissionais para a não realização de determinados procedimentos, serviços e ações de saúde e a opinião acerca da ampliação dos escopos de prática dos profissionais na APS.

Finalmente os resultados foram agrupados, tratados e interpretados. Os dados sociodemográficos (idade e sexo) e os referentes aos escopos de prática (porcentagem de procedimentos, atividades e ações de saúde, que os profissionais realizam e que não realizam mas sabem realizar) foram descritos segundo a distribuição de frequências. Alguns dados relativos ao perfil, tais como nacionalidade, e nome do município de realização da entrevista, não foram discriminados para preservar o anonimato do entrevistado.

Resultados

Médicos

A Tabela 1 apresenta a idade e o sexo dos médicos, a localidade da UBS e os percentuais de procedimentos por região de saúde visitada e que cada entrevistado declarou realizar na unidade, de procedimentos que não realiza mas sabe realizar, e de procedimentos que não sabe realizar.

O perfil dos entrevistados foi bastante variado quanto ao sexo, a idade. Sete dos entrevistados eram cubanos e um venezuelano. A maioria dos entrevistados era bolsistas do Programa Mais Médicos (PMM)/Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (n=13), oito eram estatutários, quatro tinham contratos temporários e um era celetista. A maioria possuía especialidade médica (n=19), predominantemente em Medicina da Família e Comunidade. Nove dos médicos entrevistados indicaram trabalhar em outro local, além da unidade visitada.

Apesar de não se tratar de um estudo comparativo, observaram-se algumas diferenças no escopo destes profissionais, dependendo das características do local de atuação. Nas regiões em que foram entrevistados médicos em unidades localizadas em áreas rurais (Norte/Sul Barretos, Entorno de Manaus e Baixada Cuiabana) foi possível observar que estes realizam um maior número de procedimentos em relação aos seus pares que atuam em unidades urbanas e/ou em áreas vulneráveis na mesma região. Ainda, quando observamos casos individuais, os maiores percentuais de procedimentos realizados foram observados para um médico entrevistado em município distante da sede da rede PEBA (69,4%), e um médico em área rural de difícil acesso (apenas fluvial) na região Entorno de Manaus (67,3%).

Tabela 1

Tipo de unidade, idade, sexo e percentual de procedimentos que os médicos realizam e sabem realizar por região de saúde.

Região de Saúde	UBS (tipo de local)	Idade	Sexo	(%) de procedimentos que realiza	(%) de procedimentos que não realiza, mas sabe fazer	(%) de procedimentos que não realiza
Norte e Sul Barretos (SP)	Urbana	38	F	25,5	*	*
	Urbana	53	F	38,3	*	*
	Rural	49	F	63,8	*	*
	Urbana	29	M	44,7	*	*
	(%) na região			43,1		
PEBA (BA/PE)	Urbana	32	M	67,3	24,5	8,2
	Urbana	28	F	65,3	24,5	10,2
	Urbana	27	M	**	**	**
	Urbana	29	M	42,9	46,9	10,2
	Urbana	49	F	36,7	53,1	10,2
	Urbana	46	F	69,4	30,6	0
	(%) na região			56,3	35,9	7,8
Entorno de Manaus (AM)	Áreas vulneráveis	39	F	32,7	42,9	24,5
	Áreas vulneráveis	39	M	32,7	44,9	22,4
	Urbana	41	M	46,9	38,8	14,3
	Áreas vulneráveis	44	F	42,9	30,6	26,5
	Rural	60	M	67,3	26,5	6,1
	Urbana	33	M	42,9	38,8	18,4
	(%) na região			44,2	37,1	18,7
Baixada Cuiabana (MT)	Rural	27	F	53,1	36,7	10,2
	Urbana	28	F	32,7	49,0	18,4
	Urbana	32	F	36,7	28,6	34,7
	Áreas vulneráveis	28	F	30,6	59,2	10,2
	(%) na região			38,3	43,4	18,4
Carbonífera/ Costa Doce (RS)	Áreas vulneráveis	26	F	28,6	32,7	38,8
	Urbana	28	F	44,9	40,8	14,3
	Áreas vulneráveis	33	M	51,0	46,9	2,0
	Urbana	46	F	24,5	37,2	38,3
	Áreas vulneráveis	48	M	57,1	30,6	12,2
	Urbana	47	M	57,1	36,7	6,1
	(%) na região			43,9	37,5	18,6

*Questionário pré-teste, não tinha a pergunta; **Entrevistado não respondeu a questão.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados em campo, 2015-2016.

(Tabela 1).

No entanto, as entrevistas também apontam alguns casos de médicos, dentro da mesma região e mesma tipologia de unidade, com percentuais bastantes discrepantes no que diz respeito a procedimentos que realizam na prática, como o caso de dois entrevistados no mesmo município da rede PEBA, em que um realiza 36,7% dos procedimentos listados e o outro 69,4% (Tabela 1), o que pode ser reflexo de outros fatores, a exemplo da organização e gestão da unidade, demandas dos usuários, além de questões individuais e subjetivas do próprio profissional.

Ao observarmos por região de saúde, os médicos entrevistados na rede PEBA relataram realizar um maior percentual de procedimentos em relação às demais regiões de saúde (56,3%). Já aqueles entrevistados na Baixada Cuiabana apresentaram o menor percentual de realização de procedimentos (38,3%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a lista dos procedimentos, atividades e ações de saúde, bem como a frequência e o percentual de médicos que indicaram realizá-los nas UBS, saber realizá-los e não saber realizá-los. Nas atividades mais comuns realizadas, quase a totalidade dos médicos entrevistados, incluíam tratamentos de infecção urinária recorrente, sinusite recorrente, dermatites, lombalgias, asma, anemia, epigastria e micoses superficiais. Em geral, foi possível observar que entrevistados de todas as regiões sabem realizar diversos procedimentos que não são realizados na prática na unidade de saúde em que atuam.

Nos procedimentos realizados por menos de um quarto dos entrevistados - porém que mais da metade relatou saber realizar - foram incluídos: incisão e drenagem de abscesso, infiltração de anestésico local, suturas, eletrocardiograma, imobilização de fraturas, remoção de cistos, lipomas e nevos, remoção de unha encravada, remoção de lesões na pele e parto normal de baixo risco (Tabela 2).

Essas atividades, e várias outras que poderiam ser realizadas na APS e, portanto, contribuir para redução das filas em unidades de atenção secundária e terciária, não eram realizadas, segundo os entrevistados, principalmente por falta de materiais e infraestrutura inadequada.

“Eu encaminho toda a parte de otorrino [...] mais corpo estranho porque não temos instrumental”. (Médico 6, Entorno de Manaus).

“Eu encaminho muito pra ortopedista. Se tivesse aqui um serviço de Raio-X eficiente, já poderia fazer o Raio-X, ver

na hora e poder tratar o paciente sem necessidade de encaminhar pra outro lugar pra fazer isso”. (Médica 2, Baixada Cuiabana)

No entanto, alguns entrevistados relataram realizar determinados procedimentos, mesmo na ausência de infraestrutura adequada:

“é questão de sensibilidade com o paciente, vai no hospital não tem, vai no outro posto não tem, está aqui, então vamos resolver o problema. Mas pelas questões estruturais, não era para fazer, pois nós não temos uma área devidamente adequada” (Médico 3, Carbonífera /Costa Doce)

Os médicos relatam ainda que não realizam determinados procedimentos por estes serem realizados por outros profissionais de saúde na unidade, como punção venosa e inserção de sonda nasogástrica, comumente realizados por enfermeiros. Neste contexto, um dos entrevistados da rede PEBA aborda a necessidade de oficializar o compartilhamento de tarefas com enfermeiros:

“Tem coisas que deveria ser dividida com outros profissionais da enfermagem. A gente não faz não é nem por falta de disponibilidade destes profissionais, é porque a gente nunca sentou para dividir isso. É uma questão de organização mesmo” (Médico 3, PEBA)

Foi relatado ainda o fato de determinados procedimentos não constarem nos protocolos e guias da atenção básica dos municípios. “Pequenas cirurgias poderia realizar também. Pacientes que precisam de tratamento endovenoso [...] mas aí sigo o protocolo e encaminhamento para a atenção secundária” (Médico 6, Entorno Manaus).

“Imagina colocar DIU numa comunidade rural! Foi assim, coloquei mais de 20. [...] Mas depois veio a orientação da gerência que não era pra ser realizado aqui, que todos esses casos deveriam ser encaminhados pro planejamento familiar. Do ponto de vista prático é pior, porque eu encaminhamento as pacientes, são poucas que têm o acesso, que conseguem marcar, conseguem colocar.

[...]

Aqui fazemos acompanhamento pré-natal. Alto risco nós somos orientados a encaminhar. Mas, muitas vezes, a paciente não vai. Ela quer fazer aqui! E a gente fala: “Não, você vai lá e, qualquer coisa, qualquer dúvida, você pode vir aqui”. Hoje em dia é uma questão real, é a distância, é passagem... você vê que ela não tá indo pra lá”. (Médica 3, Baixada Cuiabana)

A dificuldade de realizar alguns procedimentos e tratar determinados usuários, de acordo com o relato de alguns entrevistados é decorrente da falta de permissão para médicos clínicos da APS solicitarem exames de alto custo. Isto acaba atrasando o tratamento do usuário, já que a consulta para determinadas especialidades pode demorar de meses a anos.

“[...] aqui no município, para você pedir um ecocardiograma, tem que ser um cardiologista. E eu costumo dizer que eu tenho critérios, eu sei por que pedir, eu sei avaliar. Eu entendo que é um jeito de se limitar [...] porque tem muita gente que pede sem critério. A mesma coisa [acontece] com a endoscopia [...] eu não posso pedir diretamente. Como eu sou muito abusado, às vezes eu brigo e consigo” (Médico 1, PEBA)

Alguns médicos destacaram que a população tem o costume de procurar diretamente o especialista e isto interfere nas atividades realizadas. Em alguns casos o próprio usuário exige o encaminhamento para a atenção secundária.

“Eles são mal acostumados aqui, as grávidas vão direto para o ginecologista e os lactantes para o pediatra (...). Os pacientes já vão direto para os especialistas” (Médico 2, Norte/Sul Barretos).

“Nós médicos cubanos ficamos um pouco frustrados. A atenção básica não funciona como deveria, é muito para prescrever receita (...). Se você tem pressão alta vai direto para o cardiologista, mas você poderia começar o tratamento aqui. Se você começa com o tratamento e não resolve, aí encaminha para um especialista.” (Médico 4, Norte / Sul Barretos)

“A população está acostumada a ir para o hospital, mesmo para uma simples dor de cabeça, ou para uma consulta para medir a visão. Não era para ir, mas vão. Então lá fica bem sobrecarregado. (...) 80% das coisas atendidas no hospital, não era para ser feito lá, era para ser feito no posto de saúde.” (Médico 3, Carbonífera / Costa Doce)

A falta de capacitação para determinados procedimentos também foi mencionada. Dentre as atividades listadas, um terço ou mais dos entrevistados informou não saber realizar procedimentos, como por exemplo: a raspagem para determinação de fungos, remoção de molusco contagioso, crioterapia química, remoção de calo doloso, drenagem de paroníquia, tratamento de hematomas subungueais, remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva, diagnóstico de queixas de diminuição da acuidade visual, triagem de acuidade visual e acupuntura

(Tabela 2).

A maioria dos médicos concorda que poderiam ampliar suas práticas nas unidades de saúde e atribuem como vantagens a melhora de resolatividade, redução de filas, maior controle dos usuários atendidos nas unidades, além de facilitar para a população que mora em áreas mais distantes e de difícil acesso.

“Tem que tirar um corpo estranho, tem que atravessar o rio e ir para Manaus. E quando o rio tá seco, não vem ninguém e não sai ninguém” (Médico, 5, Entorno Manaus).

No entanto, um dos entrevistados se revelou mais resistente, principalmente no que diz respeito às atribuições específicas de cada profissional:

“Eu não tenho essa visão, não, eu acho que o especialista tem o seu papel e eu tenho o meu” (Médico 2, Entorno Manaus).

Outro entrevistado ressaltou a própria falta de disposição e boa vontade dos médicos em ampliarem suas atividades:

“(...) qualquer clínico tem capacidade para fazer isto [remoção de lipomas, drenagem de abscesso], mas vem duas coisas na minha cabeça, uma é a carência de equipamento e estrutura do posto de saúde, mas tem outra coisa, tem médico que não quer fazer isto. Vocês me desculpem, mas aqui o clínico geral é simplesmente um intermediário entre o paciente e o especialista. Eles não fazem outra coisa a não ser encaminhar e receitar antiinflamatório, antibiótico e analgésico. O clínico geral, na minha visão tem muita pouca resolatividade aqui no município. Tu faz uma consulta com clínico para simplesmente pegar um papel e ir para outro médico. A gente poderia fazer muita coisa no posto com disposição e boa vontade”. (Médico 3, Carbonífera / Costa Doce)

Enfermeiros

Os 26 enfermeiros entrevistados eram predominantemente do sexo feminino (n=23), com idade entre 26 a 52 anos (Tabela 3). A maioria dos enfermeiros era estatutários (n=21), seguidos por contratados temporariamente (n=4) e uma bolsista. Do total de entrevistados, 21 indicaram possuir título de especialista, sendo 10 em saúde da família e/ou saúde pública. Apenas quatro relataram trabalhar em outro(s) local(is), além da unidade em que foram realizadas as entrevistas.

Os enfermeiros entrevistados nas regiões do

Tabela 2

Distribuição de procedimentos, ações e serviços de saúde de médicos na UBS que realizam, não realizam, mas sabem realizar e não sabem realizar.

Procedimentos, ações e serviços de saúde	Realizam (N=25)		Não realizam, mas sabem (N=21)		Não sabem realizar (N=21)	
	n	%	n	%	n	%
1 Tratamento de anemia	25	100,0	0	0,0	0	0,0
2 Tratamento de asma	25	100,0	0	0,0	0	0,0
3 Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica	25	100,0	0	0,0	0	0,0
4 Tratamento de lombalgias (dor lombar)	25	100,0	0	0,0	0	0,0
5 Tratamento de micoses superficiais	25	100,0	0	0,0	0	0,0
6 Solicitar exame de sangue oculto nas fezes	24	96,0	1	4,0	0	0,0
7 Tratamento de infecção urinária recorrente	24	96,0	1	4,0	0	0,0
8 Tratamento de sinusite recorrente	24	96,0	1	4,0	0	0,0
9 Tratamento de dermatites	24	96,0	0	0,0	1	4,0
10 Queixas de olho vermelho	23	92,0	3	12,0	0	0,0
11 Tratamento de rinopatas alérgicas	23	92,0	1	4,0	1	4,0
12 Tratamento de otite recorrente	22	88,0	3	12,0	0	0,0
13 Pré-natal de baixo risco	22	88,0	1	4,0	2	8,0
14 Tratamento de feridas superficiais	18	72,0	4	16,0	3	12,0
15 Remoção de cerume	17	68,0	8	32,0	0	0,0
16 Teste de Papanicolau	13	52,0	11	44,0	1	4,0
17 Oxigenoterapia	13	52,0	9	36,0	3	12,0
18 Remoção de corpo estranho do ouvido	11	44,0	9	36,0	5	20,0
19 Injeção intramuscular	12	48,0	11	44,0	2	8,0
20 Queixas de diminuição da acuidade visual	12	48,0	5	20,0	8	32,0
21 Injeção subcutânea	11	44,0	13	52,0	1	4,0
22 Pré-natal de alto risco	11	44,0	9	36,0	5	20,0
23 Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades	9	36,0	10	40,0	6	24,0
24 Inserção de cateter ureteral	10	40,0	11	44,0	4	16,0
25 Remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores	10	40,0	10	40,0	5	20,0
26 Triagem de acuidade visual	10	40,0	7	28,0	8	32,0
27 Incisão e drenagem de abscesso	9	36,0	13	52,0	3	12,0
28 Cauterização de epistaxe (sangramento nasal)	9	36,0	10	40,0	6	24,0
29 Imobilização de extremidades feridas	9	36,0	9	36,0	7	28,0
30 Infiltração de anestésico local	8	32,0	15	60,0	2	8,0
31 Drenagem de paroníquia (infecção ungueal)	8	32,0	9	36,0	8	32,0
32 Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	7	28,0	10	40,0	8	32,0
33 Tratamento de hematoma subungueal	7	28,0	9	36,0	9	36,0
34 Remoção de molusco contagioso	6	24,0	11	44,0	8	32,0
35 Suturas	5	20,0	18	72,0	2	8,0
36 Punção venosa	5	20,0	17	68,0	3	12,0
37 Eletrocardiograma	4	16,0	17	68,0	4	16,0
38 Inserção de sonda nasogástrica/Lavagem gástrica	4	16,0	16	64,0	5	20,0
39 Remoção de unha encravada	4	16,0	14	56,0	7	28,0
40 Remoção de lesões na pele	4	16,0	13	52,0	8	32,0
41 Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	4	16,0	8	32,0	13	52,0
42 Imobilização de fraturas	3	12,0	15	60,0	7	28,0
43 Remoção de calo doloso	3	12,0	11	44,0	11	44,0
44 Parto normal de baixo risco	2	8,0	19	76,0	4	16,0
45 Raspagem para determinação de fungo	2	8,0	11	44,0	12	48,0
46 Remoção de cistos, lipomas e nevos	1	4,0	18	72,0	6	24,0
47 Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele	1	4,0	10	40,0	14	56,0
48 Parto normal de alto risco	1	4,0	10	40,0	14	56,0
49 Acupuntura	1	4,0	4	16,0	20	80,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados em campo, 2015-2016.

Tabela 3

Tipo de unidade, idade, sexo e percentual de procedimentos que os enfermeiros realizam e sabem realizar por região de saúde.

Região de Saúde	UBS (tipo de local)	Idade	Sexo	(%) de procedimentos que realiza	(%) de procedimentos que não realiza, mas sabe fazer	(%) de procedimentos que não realiza
Norte e Sul Barretos (SP)	Urbana	52	F	38,2	*	*
	Rural	40	F	44,1	*	*
	Urbana	51	F	29,4	*	*
	Urbana	28	F	32,4	*	*
	(%) na região			36,0		
PEBA (BA/PE)	Urbana	39	F	67,6	23,5	8,8
	Urbana	28	F	55,9	20,6	23,5
	Urbana	28	F	44,1	32,4	23,5
	Rural	27	F	41,2	41,2	17,6
	Urbana	29	F	70,6	20,6	8,8
	(%) na região			55,9	27,6	16,5
Entorno de Manaus (AM)	Áreas vulneráveis	35	M	55,9	29,4	14,7
	Urbana	33	F	50,0	29,4	20,6
	Rural	44	F	67,6	32,4	0,0
	Urbana	33	F	52,9	41,2	5,9
	Áreas vulneráveis	36	F	58,8	5,9	35,3
	Áreas vulneráveis	43	F	52,9	44,1	2,9
	(%) na região			56,4	30,4	13,2
Baixada Cuiabana (MT)	Rural	36	F	44,1	17,6	38,2
	Urbana	32	F	55,9	23,5	20,6
	Urbana	32	M	67,6	20,6	11,8
	Áreas vulneráveis	27	F	47,1	44,1	8,8
	Urbana	27	F	52,9	23,5	23,5
	(%) na região			53,5	25,9	20,6
Carbonífera/ Costa Doce (RS)	Urbana	40	M	44,1	47,1	8,8
	Áreas vulneráveis	37	F	29,4	26,5	44,1
	Urbana	26	F	41,2	32,4	26,5
	Urbana	44	F	41,2	50,0	8,8
	Urbana	40	F	**	**	**
	Urbana	39	F	55,9	41,2	2,9
	(%) na região			42,4	39,4	18,2

*Questionário pré - teste, não tinha a pergunta. **Entrevistado não respondeu a questão.
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados em campo, 2015-2016.

Tabela 4

Distribuição de procedimentos, ações e serviços de saúde de enfermeiros na UBS que realizam, não realizam, mas sabem realizar e não sabem realizar.

Procedimentos, ações e serviços de saúde	Realizam (N=25)		Não realizam, mas sabem (N=21)		Não sabem realizar (N=21)	
	n	%	n	%	n	%
1 Realizar exame "Papanicolau"	25	100,0	0	0,0	0	0,0
2 Encaminhar usuários a outros serviços	24	96,0	0	0,0	1	4,8
3 Interpretar resultado de "Papanicolau"	24	96,0	0	0,0	1	4,8
4 Realizar pré-natal de baixo risco	24	96,0	1	4,8	0	0,0
5 Realizar acolhimento de casos agudos	23	92,0	1	4,8	1	4,8
6 Realizar consulta de puericultura	23	92,0	1	4,8	1	4,8
7 Interpretar exames laboratoriais (análises clínicas)	22	88,0	0	0,0	3	14,3
8 Realizar curativos	22	88,0	2	9,5	1	4,8
9 Solicitar exames laboratoriais (análises clínicas)	21	84,0	3	14,3	1	4,8
10 Retirar pontos	20	80,0	4	19,0	1	4,8
11 Aplicar vacinas	20	80,0	3	14,3	2	9,5
12 Comunicar diagnóstico aos pacientes (como diabetes, hipertensão)	18	72,0	5	23,8	2	9,5
13 Prescrever curativos	18	72,0	5	23,8	2	9,5
14 Prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica	15	60,0	5	23,8	5	23,8
15 Prescrever tratamento para vulvovaginites	15	60,0	6	28,6	4	19,0
16 Inserir sonda vesical de alívio	15	60,0	9	42,9	0	0,0
17 Interpretar exames de imagem	14	56,0	1	4,8	10	47,6
18 Inserir sonda vesical de demora	13	52,0	10	47,6	1	4,8
19 Solicitar exames de imagem	11	44,0	5	23,8	9	42,9
20 Renovar a prescrição médica	8	32,0	12	57,1	4	19,0
21 Realizar imobilizações	8	32,0	8	38,1	6	28,6
22 Inserir sonda nasogástrica	8	32,0	15	71,4	0	0,0
23 Realizar pré-natal de alto risco	7	28,0	8	38,1	10	47,6
24 Inserir sonda nasoentérica	6	24,0	13	61,9	3	14,3
25 Realizar eletrocardiograma	5	20,0	12	57,1	6	28,6
26 Prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas	4	16,0	13	61,9	8	38,1
27 Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)	4	16,0	11	52,4	9	42,9
28 Realizar drenagem de abscesso	2	8,0	13	61,9	10	47,6
29 Realizar parto normal emergencial	2	8,0	10	47,6	12	57,1
30 Prescrever medicamentos controlados	1	4,0	7	33,3	17	81,0
31 Realizar sutura	1	4,0	7	33,3	17	81,0
32 Anestesia local	1	4,0	4	19,0	20	95,2
33 Realizar parto normal	0	0,0	16	76,2	9	42,9
34 Realizar teste tuberculínico (PPD)	0	0,0	9	42,9	15	71,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados em campo, 2015-2016.

Entorno Manaus, PEBA e Baixada Cuiabana relataram, no geral, realizar maior número de procedimentos quando comparados às demais regiões visitadas, respectivamente 56,4%, 55,9% e 53,5% (Tabela 3). Ao analisar os entrevistados individualmente, aquele que afirmou realizar maior número de procedimentos atuava também na rede PEBA (70,6%), em município distante da sede, mesma localidade onde atua o médico que desempenha maior número de atividades (Tabela 1 e 3). As regiões de Barretos e Carbonífera / Costa Doce, em contrapartida, são aquelas cujos entrevistados, no geral, relatam executar menor número de procedimentos. Nessas regiões se encontram também os profissionais que, individualmente, executam menor quantidade de procedimentos, atuando em municípios próximos às respectivas sedes das regiões de saúde.

Ao analisar somente os enfermeiros que atuam em áreas rurais, os profissionais que desempenham um maior número de procedimentos encontram-se nas regiões de Barretos (44,1%) e Entorno Manaus (67,6%), e aqueles que executam menor quantidade de procedimentos encontram-se nas zonas rurais de PEBA (41,2%) e da Baixada Cuiabana (44,1%) (Tabela 3). Não foi encontrada relação do escopo com características pessoais, como sexo e idade dos entrevistados.

Entre as atividades listadas para os enfermeiros, as mais comuns de serem realizadas nas UBS foram: realização e interpretação de resultado de Papanicolau, encaminhamento de usuários a outros serviços, realização de pré-natal de baixo risco, acolhimento de casos agudos, consulta de puericultura, solicitação e interpretação de exames laboratoriais, realização de curativos, retirada de sutura e aplicação de vacinas (Tabela 4).

Os enfermeiros, no entanto, relataram saber executar mais procedimentos que aqueles realizados nas unidades. Entre as regiões visitadas, destaca-se a Carbonífera / Costa Doce, cuja lacuna entre a prática e o conhecimento é maior.

Entre os procedimentos que os enfermeiros sabem executar, mas não realizam na prática, mais da metade relata saber renovar a prescrição médica, inserir sonda nasogástrica, nasoentérica, realizar drenagem de abscesso, realizar parto normal e prescrever medicamentos para usuários portadores de doenças crônicas já diagnosticados. Para esta atividade, um entrevistado acrescenta:

“A gente tem o conhecimento, mas se sente de mãos atadas por não poder prescrever, porque a farmácia não libera. Só libera com o carimbo do médico” (Enfermeiro

4, Entorno Manaus).

Entre os motivos apresentados para não desempenharem as atividades que sabem realizar nas unidades básicas de saúde é a falta de material e infraestrutura:

“Pra passar uma sonda a gente ficou solicitando material durante uma semana. Solicitando, solicitando, solicitando. E o paciente em casa, né? Não tinha carro para deslocar, não tinha ambulância para trazer. E o paciente precisando, esperando...” (Enfermeiro 3, Carbonífera/Costa Doce).

Os entrevistados concordaram, em sua maioria, com a ampliação do escopo de prática da categoria e destacaram, principalmente, a importância de se estender a lista de medicamentos que o enfermeiro pode prescrever na atenção primária em saúde:

“Seria muito útil, porque a gente pega aqui muita candidíase, muita *Gardnerella*. Você sabe o que se usa, você sabe o que tem que fazer e não consegue tratar. Tem que encaminhar. Se não é pro ginecologista, a gente geralmente descreve o que a paciente tem pra eles [*clínicos*] só prescreverem, não terem que examinar de novo” (Enfermeiro 5, Carbonífera / Costa Doce).

“Quando eu preciso eu vou lá na sala dele [*do médico*], discuto o caso e ele prescreve pra mim. Mas é aquela coisa, né?! Toda vez que eu vejo uma paciente com, por exemplo, uma cândida. Aí eu tenho que ir lá, bater na porta do médico e ficar esperando... às vezes tá com a porta fechada, aí espera 20 minutos... E a paciente aqui... Aí você não pode chamar outra pessoa! [...]” (Enfermeiro 3, Carbonífera / Costa Doce).

Esta mesma entrevistada afirmou ainda que, em casos específicos, já realiza a prescrição, mas é o médico quem carimba:

“Ele confia um monte em mim. Às vezes eu faço a receita e ele só carimba. Mas é complicado assim, né?!” (Enfermeiro 3, Carbonífera / Costa Doce).

Diversos profissionais abordaram ainda as dificuldades encontradas na prática quando há ausência de médico na unidade ou quando este profissional está sobrecarregado, e relataram o que já realizam, neste caso:

“Às vezes falta um médico [...] é uma gestante que tá com infecção de urina. Aí tá precisando só da Cefalexina. A gente entrega e, quando o médico vem, faz a receitinha” (Enfermeiro 5, PEBA).

“Tem hora que não tem médico mesmo não. Tu tem que ‘se virar nos 30’. Eu tenho uma colega que trabalha no interior que tem hora que é ela e ela, e pronto, ‘zefini!’ Não tem médico não. Ela tem que resolver tudo!” (Enfermeiro 6, Entorno Manaus).

“Alguns medicamentos a gente não receita mas, por exemplo, um paciente com dor de cabeça ou uma criança com febre, quando o médico tá muito cheio, você acaba dando um Paracetamol, uma Dipirona. Então os casos mais simples, quando o médico tá cheio, a gente mesmo resolve. Agora, se o paciente continuar com os mesmos sintomas, a gente pede pra voltar” (Enfermeiro 4, PEBA).

Em uma unidade de saúde da Baixada Cuiabana, a solução encontrada por um enfermeiro, que está sem médico na equipe, é realizar o encaminhamento ou solicitar auxílio do profissional de outra equipe:

“Quando eu vejo que tem necessidade eu encaminho pra policlínica ou pra UPA [*Unidade de Pronto Atendimento*]. Ou eu solicito um exame e, se der alterado, eu peço pra médica aqui [*da outra equipe*]. A médica aqui do lado sempre tá dando um suporte” (Enfermeiro 2, Baixada Cuiabana).

Para um enfermeiro da Baixada Cuiabana o conhecimento e ampliação do escopo em áreas rurais é ainda mais importante:

“Pra quem trabalha em zona rural é importante, porque geralmente não fica médico o tempo inteiro lá. [...] A gente que acaba morando lá. Então, principalmente à noite, se tem qualquer coisa, o pessoal chama é o enfermeiro” (Enfermeiro 2, Baixada Cuiabana).

Ressalta-se que o enfermeiro entrevistado na área rural desta região, quando comparado às demais, era o que executava menor número de procedimentos.

Apesar de concordarem com a ampliação do escopo dos enfermeiros, os entrevistados relatam que isto deveria ocorrer de forma segura:

“Capacitação adequada, respaldo jurídico adequado, respaldo do conselho [...] O que fosse o melhor para o usuário. Na verdade tem que ser bom para ele.” (Enfermeiro 1, Entorno Manaus).

Discussão

Este estudo exploratório buscou identificar os escopos dos profissionais médicos e enfermeiros, além de levantar as principais dificuldades e

barreiras para a realização de determinadas atividades e procedimentos.

Os resultados deste estudo apontam que médicos e enfermeiros das duas regiões de saúde da rede PEBA e Entorno Manaus realizam maior número de procedimentos. Estudo desenvolvido com profissionais atuantes do Programa Mais Médicos (PMM) evidencia que atuar na região geográfica Norte é um fator para realizar maior quantidade de procedimentos.² Em contrapartida, a região Nordeste é a que executa menor quantidade de procedimentos, conforme dados deste estudo.

É interessante observar que todos os médicos entrevistados em unidades rurais declararam realizar um maior número de procedimentos em relação aos seus pares na região. Esta relação entre um escopo de prática ampliado de médicos e a atuação em áreas rurais e remotas tem sido apontada em diversos estudos.^{2,20,21} Apesar de não ter sido tão evidente nos profissionais de enfermagem, é sugestivo o caso de um enfermeiro que atua em uma unidade rural de uma comunidade ribeirinha com acesso somente fluvial do Entorno Manaus, que realizava mais procedimentos do que os outros entrevistados na mesma região.

Ao verificarmos os resultados individualmente, os maiores percentuais de procedimentos realizados, tanto para médicos como para enfermeiros, foram encontrados na rede PEBA, em um município entre os mais distantes da sede da região de saúde, a mais de duas horas de carro, e apresentava escassez de médicos segundo o Índice de Escassez de Médicos em APS.²² Em relação a municípios distantes da cidade sede, o estudo de Girardi *et al.*² apontou que os profissionais nestas localidades realizam maior número de procedimentos.

Os resultados demonstram também que o escopo de prática dos profissionais de saúde está relacionado à múltiplos fatores e enfrenta diversas barreiras. Os entrevistados de ambas as categorias relataram saber realizar diversos procedimentos e ações de saúde que não são realizados na prática. Os motivos encontrados na literatura para um escopo de prática reduzido de profissionais de saúde incluem, entre outros, fatores pessoais, que dizem respeito às preferências individuais, fatores relacionados ao trabalho, como restrições contratuais, falta de suporte e infraestrutura, e sobrecarga de trabalho; fatores de competência, como a falta de treinamento e capacitação, e fatores externos ou comunitários, como a falta de demanda da população.^{2,23-27} No presente estudo, os principais motivos apresentados foram semelhantes, os profissionais citaram, entre outros, a falta de acesso a exames e infraestrutura

inadequada, restrições de protocolos e guias municipais, restrição legal e a falta de capacitação.

As práticas dos profissionais também estão relacionadas ao entendimento que a população tem sobre a APS, como o fato da população não considerar, em alguns momentos, a UBS como porta de entrada preferencial no SUS e ou ainda demandar encaminhamentos para outras especialidades, situação mencionada por alguns entrevistados. Estudo sobre o itinerário terapêutico que os usuários realizam em busca de tratamento no sistema público aponta que uma das questões está relacionada aos mecanismos e entendimento que a população vê no trato da saúde e da doença, como possibilidade de maior sucesso de resolutividade para seus tratamentos.²⁸ Ou seja, muitas vezes os usuários buscam outros estabelecimentos de saúde e especialidades médicas da atenção secundária e terciária, por acharem que suas demandas no trato com a saúde serão mais rapidamente resolvidas.

A relação entre o escopo de prática de médicos e de enfermeiros se revelou evidente nas entrevistas, principalmente no discurso dos enfermeiros. A questão tanto do compartilhamento de tarefas quanto da própria transferência de tarefas - *task shifting* - de médicos para enfermeiros, já vem sendo bastante debatida em estudos internacionais. Vários países já ampliaram as funções dos enfermeiros, como é o caso dos enfermeiros de formação avançada - *Nurse Practitioners*, que são formadas e treinadas para atuarem principalmente em locais onde há evidências de escassez de médicos, nos quais realizam atividades como prescrição de medicamentos, solicitação de exames complementares, e diagnóstico de problemas de saúde.^{13,29} Um estudo de revisão sobre a relação custo-eficácia dos enfermeiros de formação avançada concluiu que a utilização dos mesmos na atenção primária contribui para a redução dos custos e aumento do acesso, já que estes poderiam realizar tarefas básicas e rotineiras de cuidados tradicionalmente realizados por médicos.²⁹

Os enfermeiros do presente estudo demonstram concordar com a ampliação de seus escopos, desde que tenham competência para tal, ou seja, recebam formação e treinamento adequados e que tenham respaldo legal. O fato de o presente estudo indicar que alguns enfermeiros na prática já realizam atividades como diagnóstico e prescrição de medica-

mentos, em que o médico apenas assina a receita, reforça a urgência em reduzir as barreiras entre essas duas profissões.

Os médicos também indicaram concordar com a ampliação de suas próprias práticas na APS, e atribuem como vantagens, entre outras, a redução de filas de espera, maior resolutividade e melhor acompanhamento do usuário. No entanto, sobre a transferência de tarefas e responsabilidades para enfermeiros, apesar de um dos médicos entrevistados ter relatado a necessidade de formalizar o compartilhamento de tarefas, isto não reflete a opinião da categoria médica. De fato, o aumento da concorrência interprofissional tem levado a uma disputa por ampliação do monopólio no exercício de atividades e serviços profissionais na área da saúde. A Lei do Ato Médico constitui um exemplo claro desta situação.³⁰

Considerações finais

Uma limitação importante a ser considerada neste estudo, por questões logísticas e orçamentárias, foi a impossibilidade de realizar mais entrevistas em municípios distantes, remotos e desassistidos nas regiões estudadas, principalmente por serem estes locais que permitem identificar uma maior variação e ampliação de escopo de prática entre os profissionais médicos e enfermeiros, conforme mostram estudos anteriores sobre o tema.^{2-9,20-23}

De todo modo, se já não era evidente, os resultados apresentados neste estudo exploratório reforçam a importância de uma reforma na regulação das profissões de saúde no Brasil. Esta reforma implicaria na extrapolação das atividades legalmente definidas, e deveria levar em consideração o contexto de prática, incluindo as normas e protocolos municipais, os níveis de competência e experiência dos profissionais, bem como as necessidades e demandas dos usuários.

A construção desta reforma deve transcender a conflitos corporativos e permitir a estruturação de um sistema regulatório mais flexível, capaz de garantir a integração entre as profissões, principalmente naquelas regiões mais desassistidas, assim como ser capaz de promover o aprimoramento contínuo da prestação de serviços de saúde e ampliar o acesso e a resolutividade da APS.

Referências

1. Federation of State Medical Boards of the United States. Assessing Scope of Practice in Health Care Delivery: Critical Questions in Assuring Public Access and Safety; 2005.
2. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, David RB. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21 (9): 2739-48.
3. Rosenthal EL, Rush CH, Allen CG. Understanding Scope and Competencies: A Contemporary Look at the United States Community Health Worker Field [relatório de pesquisa]. *Bulding National Consensus on CHW Core Roles, Skills, and Qualities*; 2016. [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: <https://sph.uth.edu/dotAsset/28044e61-fb10-41a2-bf3b-07efa4fe56ae.pdf>
4. Baranek PM. A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act. Toronto: Health Council of Canada; 2005.
5. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician*. 2010; 56 (6): 219-25.
6. Tepper JD, Schultz SE, Rothwell DM, Chan BTB. Physician services in rural and Northern Ontario. ICES investigative report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2006.
7. Poghosyan L, Nannini A, Smaldone A, Clarke S, O'Rourke NC, Rosato BG, et al. Revisiting scope of practice facilitators and barriers for primary care nurse practitioners: a qualitative investigation. *Policy Polit Nurs Pract*. 2013; 14 (1): 6-15.
8. Sibbald B. Skill mix and professional roles in primary care. In: What is the future for a primary care-led NHS? National Primary Care Research and Development Series. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1996.
9. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud*. 2015; 52 (3): 727-43.
10. Hooker RS, Hogan K, Leeker E. The Globalization of the Physician Assistant Profession. *J Physician Assist Educ*. 2007; 18 (3): 76-85.
11. Verhuslt L, Forrest CB. To Count Heads or to Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. *Health Care Policy*. 2007; 2(4):178-192.
12. World Health Organization (WHO). Task shifting to tackle health worker shortages [Internet]. 2007 [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.
13. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69 (1): 169-77.
14. Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) & Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM/NESCON/FM/UFGM). Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde [relatório de pesquisa]. [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Relatorio_final_pesquisa_regulacao_completo.pdf.
15. Viana ALA, Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, Chancharulo AP, Mota PHS. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em www.regiaoeredes.com.br
16. Jaakkimainen RL, Sood PR, Schultz SE. Office-based procedures among urban and rural family physicians in Ontario. *Can Fam Physician*. 2012; 58 (10): 578-e87.
17. O'Neill T, Peabody MR, Blackburn BE, Peterson LE. Creating the Individual Scope of Practice (I-SOP) scale. *J Appl Meas*. 2014; 15 (3): 227-39.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 30, Brasília, DF; 2011.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Baker E, Schmitz D, Epperly T, Nukui A, Miller CM. Rural Idaho family physicians' scope of practice. *J Rural Health*. 2010; 26 (1): 85-9.
21. Hutten-Czapski P, Pitblado R, Slade S. Short report: Scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician*. 2004; 50: 1548-50.
22. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM; 2012. [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf
23. National Rural Health Alliance Inc. Advanced nursing practice in rural and remote areas. Position paper. 2005. [acesso 24 mai 2017]. Disponível em: <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/position-papers/position-paper-05-07-01.pdf>
24. Coutinho AJ, Cochrane A, Stelter K, Phillips Jr RL, Peterson LE. Comparison of Intended Scope of Practice for Family Medicine Residents With Reported Scope of Practice Among Practicing Family Physicians. *JAMA*. 2015; 314 (22): 2364-72.
25. Chen FM, Huntington J, Kim S, Phillips WR, Stevens NG. Prepared But Not Practicing: Declining Pregnancy Care Among Recent Family Medicine Residency Graduate. *Fam Med*. 2006; 38 (6): 423-6.
26. Tong ST, Makaroff LA, Xierali IM, Parhat P, Puffer JC, Newton WP, Bazemore AW. Proportion of family physicians providing maternity care continues to decline. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25 (3): 270-1.

27. Chan BTB, Schultz SE. Supply and utilization of general practitioner and family physician services in Ontario: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2005.
28. Pereira DN. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2010; 20 (1): 145-69.
29. Wong ST, Farrally V. The utilization of nurse practitioners and physician assistants: a research synthesis. Prepared for the Michael Smith Foundation for Health Research. 2013. [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: http://www.msfnr.org/sites/default/files/Utilization_of_Nurse_Practitioners_and_Physician_Assistants.pdf
30. Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Rev Latinoam Estudos Del Trabajo*. Carabobo. 2002; 8 (15): 67-85.

Recebido em 1 Junho de 2017

Versão final apresentada em 30 de Setembro de 2017

Aprovado em 5 de Outubro de 2017