

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
(PROFSAÚDE)**

**Rodolfo Dias Corrêa**

**Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e Orientação Comunitária  
na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais**

Juiz de Fora

2021

**Rodolfo Dias Corrêa**

**Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e Orientação Comunitária  
na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Corrêa, Rodolfo Dias.

Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e Orientação Comunitária na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais / Rodolfo Dias Corrêa. – 2021.  
68 f.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

1. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Qualificação Profissional. 5. Participação da Comunidade. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves , orient. II. Título.

**Rodolfo Dias Corrêa**

**Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e Orientação Comunitária  
na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 20 de abril de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite – Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Profa. Dra. Érika Andrade e Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Prof. Dra. Fernanda Moura Lanza  
Universidade Federal de São João Del-Rei

Dedico esse trabalho à minha família, base de todas as minhas escolhas e decisões, grandes responsáveis por eu estar onde estou agora, a quem devo a graça de ter alcançado a felicidade verdadeira apenas por tê-los presente em minha vida.

À minha querida mãe, que sempre me deu apoio e amor incondicionais, foi incansável na preocupação com a minha formação pessoal e acadêmica e agora acompanha-me sempre laboriosa em outro plano.

Ao meu pai, que sempre me apontou a leitura, a curiosidade e a busca do conhecimento como os únicos caminhos viáveis para a construção de uma vida mais rica e plena.

Aos meus irmãos com quem posso dividir uma parte da minha vida e por saber que, em qualquer circunstância, estarão sempre ao meu lado quando eu precisar, torcendo por mim.

Aos meus sobrinhos, com que posso me alegrar e me sentir sempre em família.

À Thayane, minha amada esposa, minha companheira, pelo amor, paciência, ajuda, sinceridade, cumplicidade e, principalmente, por ter apoiado totalmente as minhas decisões.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite, pelo acompanhamento, orientação e dedicação, não somente durante o período do mestrado, mas também em minha formação acadêmica.

Aos professores e amigos do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo compartilhamento de conhecimento e experiências e por todo o apoio na realização desse legado.

Aos preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, pelo constante ensinamento e aprendizado e por ter me motivado a seguir em frente em busca de uma APS melhor.

A todos os professores e preceptores que fizeram parte da minha formação pessoal e profissional, deixo aqui minha eterna gratidão.

Aos companheiros de equipe do Centro de Saúde Dom Cabral pela compreensão e força nos momentos difíceis, é uma honra tê-los como amigos.

Às mentes brilhantes da Dexpertio.

Aos que sempre ouviram e incentivaram meus sonhos.

## RESUMO

A partir da Declaração de Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde passou a ser entendida como primeiro nível de contato com o sistema de saúde, orientada por princípios de solidariedade e equidade e baseada em métodos e tecnologias apropriadas. A Orientação Comunitária, atributo derivado da Atenção Primária à Saúde, se destaca por ressaltar a importância de se conhecer as necessidades de saúde da comunidade. Apesar desse atributo em específico ser reconhecido no Brasil como diretriz do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde, estudos conduzidos tanto internacionalmente quanto nacionalmente demonstram que a Orientação Comunitária tem baixa performance em geral. Questiona-se, assim, quais fatores podem contribuir para um melhor desempenho desse atributo, em especial se qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade contribui para a otimização desse desempenho. O presente estudo objetivou verificar a associação entre qualificação profissional em MFC e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais. Um estudo censitário de médicos de todas as equipes de Saúde da Família das regionais de Belo Horizonte compôs a população alvo desse estudo. Variáveis sociodemográficas, relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional foram obtidas por meio de questionários construídos pelos autores. Foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil para medir o desempenho do atributo Orientação Comunitária. As análises foram pelo software Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0, obtendo-se medidas descritivas e comparação entre percepção satisfatória e insatisfatória do escore Orientação Comunitária e as variáveis independentes pelo teste qui-quadrado, com correção de Fischer. O escore médio do atributo foi de 7,9 (DP  $\pm$ 1,2). Nenhuma variável independente encontrou associação estatisticamente significativa com a Orientação Comunitária satisfatória. Houve correlação entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e alto escore para Orientação Comunitária. Recomenda-se a realização de mais estudos que analisem a formação especializada sobre a ótica da Orientação Comunitária e os desafios que a prática profissional impõe à sua implantação.

Palavras-chave: Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Qualificação Profissional. Participação da Comunidade.



## ABSTRACT

Since the Alma Ata Declaration, Primary Health Care came to be understood as the first level of contact with the health system, guided by principles of solidarity and equity and based on appropriate methods and technologies. Community orientation, an attribute derived from Primary Health Care, stands out for emphasizing the importance of knowing itself as a community health need. Although this specific attribute is recognized in Brazil as a guideline for the Unified Health System and the Health Care Network, studies conducted both internationally and nationally demonstrate that community orientation has poor performance in general. It is questioned, therefore, which factors can contribute to a better performance of this attribute, especially if professional qualification in Family and Community Medicine contributes to the optimization of this performance. The present study aimed to verify the association between professional qualification in CFM and the degree of Community Orientation from the perspective of medical professionals working in the Family Health Strategy of Belo Horizonte, Minas Gerais. A census study of doctors from all Family Health teams in the Belo Horizonte regions comprised a target population for this study. Sociodemographic variables related to academic training and occupational status were inherited through questionnaires constructed by the authors. The PCATool-Brasil instrument was used to measure the performance of the community orientation. The analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences software version 15.0, obtaining descriptive measures and comparing the satisfactory and unsatisfactory perception of the Community Orientation score and the independent variables using the chi-square test, with Fischer correction. The mean score of the attribute was 7.9 (SD  $\pm$  1.2). No independent variable found a statistically limited association with satisfactory Community Orientation. There was a correlation between the time of completion of medical residency in MFC and high score for Community Orientation. Further studies are recommended that analyze specialized training from the perspective of community orientation and the challenges that professional practice imposes on its implementation.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Research. Family Health Strategy. Family Practice. Credentialing. Family Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1	–	Correlação entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e escore do atributo Orientação Comunitária na perspectiva de profissionais médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.....	42
-----------	---	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos valores mínimo, máximo, média, desvio padrão e grau de orientação do atributo Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na APS de Belo Horizonte, 2020.....	37
Tabela 2	– Distribuição das respostas dos profissionais médicos das eSF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Belo Horizonte, 2020.....	37
Tabela 3	– Percepção sobre o atributo Orientação Comunitária, segundo variáveis sociodemográficas, de formação e atuação profissional de médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Aprovação para Apreciação Ética
COPC	<i>Community-oriented Primary Care</i>
DSS	Determinantes sociais de saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA ORIENTADA PARA A COMUNIDADE.....	15
2.2	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
2.3	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO ESPECIALIDADE ORIENTADA PARA A COMUNIDADE.....	23
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	LOCAL.....	27
4.3	POPULAÇÃO.....	27
4.4	INSTRUMENTOS.....	28
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.6	ÉTICA.....	30
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e relativo à formação acadêmica e situação ocupacional de profissionais médicos.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO A – PCATool Brasil versão profissionais (Seção H – Orientação Comunitária).....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressou a necessidade global de uma atenção à saúde abrangente, equânime e próxima às necessidades de saúde de indivíduos e comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Esse marco histórico da Atenção Primária à Saúde (APS) significou a tentativa de rompimento, primeiro, com os modelos verticais de intervenção orientados para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, o que não respondia às principais necessidades de saúde das populações e, segundo, com o modelo biomédico hegemônico que não levava em consideração os determinantes sociais de saúde (DSS) na produção de saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Declaração de Alma-Ata, documento síntese desse encontro, significou, portanto, a necessidade de uma APS integral, abrangente. Naquele momento, a saúde foi entendida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, seguindo a concepção de saúde inserida na Constituição da OMS no momento da sua fundação em 1948 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A partir da necessidade de compreensão da saúde como direito humano fundamental e de se abordar os DSS e políticos mais amplos a ela implicados, a APS foi estabelecida como o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, orientado por princípios de solidariedade e equidade, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, com acesso garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e na promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Apesar do avanço da concepção de APS abrangente, foi o modelo de APS seletiva que se tornou hegemônico nos anos subsequentes à conferência de Alma-Ata, inclusive no Brasil. Compreendendo um conjunto restrito de intervenções e de baixo custo, buscava-se intervir, de forma isolada, em problemas específicos,

desconsiderando os determinantes político-sociais do processo saúde-enfermidade (CUETO, 2004).

Somente a partir da Reforma Sanitária brasileira, que a adesão a proposições de APS entrou no debate da agenda de reforma setorial, trazendo consigo o ideal de unificação do sistema de saúde e a valorização da atenção primária (SCOREL, 1999).

O art. 196 da Constituição Federal de 1988 respondeu, então à necessidade de um modelo de proteção social abrangente, justo, democrático e equânime (BRASIL, 2019). O que aconteceu na década seguinte, cristalizou o modelo de fortalecimento da Atenção Básica<sup>1</sup> (AB) tendo a Saúde da Família como estratégia para reestruturação e reordenamento da AB brasileira integral.

No sentido de qualificar uma APS abrangente, Bárbara Starfield sistematizou uma abordagem, reconhecida por especialistas e difundida no Brasil, de avaliação dos atributos essenciais e derivados<sup>2</sup> (STARFIELD, 2002). No Brasil, a Orientação Comunitária, atributo derivado da APS, é reconhecida como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde a ser operacionalizada na APS, de responsabilidade comum das diferentes esferas de poder e atribuição de todos os profissionais e gestores como descreve a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (BRASIL, 2017). Apesar disso, existem evidências de baixo desempenho geral desse atributo na Atenção Básica (ALENCAR *et al.*, 2014; PAULA *et al.*, 2016).

Diante dessas considerações e da importância da Orientação Comunitária, questionam-se quais fatores contribuem para uma melhor performance desse atributo nos serviços de APS, em especial se a qualificação profissional médica contribui para a otimização desse desempenho. Existem evidências de associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em Saúde da Família e melhor desempenho do escore geral da APS, embora os resultados encontrados sejam divergentes (CASTRO *et al.*, 2012; CHOMATAS *et al.*, 2013; LEÃO; CALDEIRA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

---

<sup>1</sup> No Brasil, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados sinônimos, porém a nomenclatura atualmente utilizada pelo Ministério da Saúde é “Atenção Básica”, em referência à diferenciação da proposta da Saúde da Família em relação a dos “cuidados primários de saúde”, mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde (BRASIL, 2011a).

<sup>2</sup> Os atributos da Atenção Primária à Saúde compreendem os essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e os derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) (STARFIELD, 2002).

O presente estudo objetiva, portanto, avaliar a presença e a extensão da Orientação Comunitária na ótica dos profissionais médicos qualificados em Medicina de Família e Comunidade e sem qualificação específica, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura dessa dissertação foi organizada em três itens relativos à descrição e à importância do atributo da Orientação Comunitária na APS, ao seu desempenho e, por fim, ao papel da especialidade Medicina de Família e Comunidade na efetivação desse atributo.

### 2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA ORIENTADA PARA A COMUNIDADE

Bárbara Starfield, médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente, baseado nos pressupostos definidos em Alma-Ata. Essa abordagem considera como características específicas da APS os atributos essenciais e derivados, determinantes de uma atenção primária qualificada, eficiente e integrada aos usuários e à comunidade.

Os atributos essenciais correspondem à prestação de serviços de primeiro contato (acesso de primeiro contato) e acesso e uso do serviços de saúde sempre que necessário; a responsabilização pelo cuidado longitudinal do sujeito-da-atenção ao longo da vida, levando ao estabelecimento de uma forte confiança mútua entre equipe e paciente (longitudinalidade); a permanência de um cuidado integral considerando-se o caráter biopsicossocial do processo saúde-doença-adoecimento (integralidade); a coordenação das ações e dos serviços necessários para a resolução das necessidades do usuário (coordenação). Já os atributos derivados compreendem a centralidade na família, conhecendo-se o contexto e a dinâmica familiares, bem como os fatores que interferem no processo saúde-doença-adoecimento (orientação familiar); a adaptação dos serviços de saúde às especificidades culturais da população atendida (competência cultural); por fim, o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade (orientação comunitária) (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária Orientada para a Comunidade (COPC – Community-oriented Primary Care) combina habilidades epidemiológicas e clínicas para acessar as necessidades primordiais de saúde de uma população definida. Especificamente, a COPC pressupõe o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita,

incluindo o contexto econômico e social em que vive; o conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade para o enfrentamento dos DSS; e a participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. A ação comunitária das equipes de APS por meio do diagnóstico situacional, da discussão dos problemas da comunidade, da mobilização social e do planejamento das intervenções para o enfrentamento desses problemas é fundamental para responder as necessidades coletivas e não apenas individuais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A identificação do perfil da população e o planejamento das intervenções de saúde não é algo recente. Na década de 1940, a utilização de censos e pesquisas epidemiológicas já eram usados em comunidades rurais da África do Sul, contribuindo para o que hoje conhecemos como COPC (MULLAN; EPSTEIN, 2002).

Anos mais tarde, as análises de White, Williams e Greenberg (1996) contribuíram também para a necessidade de um enfoque baseado na população para a atenção clínica. Pelo estudo, a maioria das experiências com uma doença não resultou em procura pelo serviço de saúde, logo, foi pouco provável que o conhecimento da distribuição dos problemas de saúde derivasse das consultas clínicas.

A relevância de uma Atenção Primária Orientada para a Comunidade se cristalizou na Conferência de Alma-Ata. O documento síntese desse marco histórico, a Declaração de Alma-Ata, enfatizou como um dos princípios fundamentais da APS integral a plena participação popular, ao lado da necessidade de enfrentamento dos DSS, acessibilidade e cobertura universais, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No parágrafo da definição de APS, a palavra comunidade aparece diversas vezes, ficando claro a distinção entre a APS prestada a indivíduos e famílias e a atenção prestada à comunidade:

VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 2).

No Brasil, a construção de uma APS abrangente também foi acompanhada de um enfoque comunitário. Após a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade em todos os níveis de assistência (COSTA *et al.*, 2011), o Programa Saúde da Família e, mais tarde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), focada na unidade familiar e construída operacionalmente na esfera comunitária (ALENCAR *et al.*, 2014) significou uma aproximação para a garantia da participação popular na APS. A PNAB de 2006 já trazia como fundamentos da AB o estímulo à participação popular e o controle social (BRASIL, 2006). As atualizações subsequentes da PNAB, de 2011 e 2017, mantiveram o compromisso com essa diretriz, reforçando a necessidade da participação coletiva no processo de enfrentamento dos DSS e no fortalecimento da ESF (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011b, p. 48).

## 2.2 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um dos instrumentos para a mensuração da Orientação Comunitária é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Desenvolvido por Bárbara Starfield e colaboradores na John Hopkins Primary Care Policy Center, o PCATool permite avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS.

Embasado na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde de Donabedian (1988), o instrumento, de domínio público e referenciado pela OMS, consiste em um questionário estruturado que mede os atributos essenciais e derivados a partir da perspectiva dos usuários adultos, cuidadores de crianças, gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

A primeira versão do PCATool foi apresentada em 2000 para avaliação dos serviços de saúde oferecidos ao usuário infantil (CASSADY *et al.*, 2000), seguido pela versão que contempla o usuário adulto (SHI; STARFIELD; XU, 2001). Cada versão original do instrumento foi traduzida para o idioma português (Brasil), adaptada e validada, levando-se em conta as características culturais e o sistema nacional de saúde brasileiro (HARZHEIM *et al.*, 2006a, 2006b).

Uma vez que a utilização de instrumentos que avaliam o desempenho dos serviços de saúde é útil no fortalecimento e na consolidação de uma APS de qualidade e políticas públicas voltadas para o setor (FELISBERTO, 2004; FRACOLLI *et al.*, 2014), o Ministério da Saúde recomenda, no *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde* (BRASIL, 2010), que o uso do PCATool seja empregado para a avaliação dos equipamentos de saúde brasileiros que compõem a APS, adotado como uma rotina das equipes de Saúde da Família por diversos níveis da gestão e para uso acadêmico.

Recentemente, em maio de 2020, uma versão atualizada do PCATool Brasil foi lançada pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020). Especificamente para a Orientação Comunitária, houve acréscimo de novos itens em relação à versão anterior de 2010.

O PCATool é considerado o mais completo e adequado para mensurar seus atributos, por permitir a avaliação das características de estrutura e processo dos

serviços de saúde e ser disponibilizado em diferentes formatos (FRACOLLI *et al.*, 2014; MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

Os indicadores da Orientação Comunitária apresentados no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010), apesar de diferirem entre os usuários adultos, crianças e profissionais contemplam dimensões que avaliam se a equipe ou o profissional de saúde realiza visitas domiciliares, tem conhecimento dos problemas de saúde da comunidade, acolhe opiniões e ideias da população adscrita, faz pesquisa de satisfação com os usuários, faz pesquisa na comunidade para identificação dos problemas de saúde, convida o usuário e/ou a família do mesmo para participar do Conselho Local de Saúde. As respostas do tipo *Likert* geram escores que, quando igual ou maior a 6.6 correspondem a alto valor, ou seja, resultado satisfatório.

Inúmeros estudos avaliaram a qualidade e a extensão da APS internacional e brasileira, incluindo a ESF e outros modelos públicos e privados de APS. Em uma revisão sistemática que analisou estudos de desempenho da APS mediante o uso do PCATool na perspectiva do usuário, os atributos mais bem avaliados foram a competência cultural, acesso de primeiro contato (subitem utilização) e longitudinalidade (PRATES *et al.*, 2017). Em contrapartida, os piores desempenhos encontrados foram acesso de primeiro contato (subitem acessibilidade), integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. Embora considerasse pesquisas conduzidas em outros países, grande parte dos serviços avaliados foram brasileiros, aplicados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na ESF. A exceção da competência cultural, os atributos orientação familiar e comunitária foram os que apresentaram as piores porcentagens de desempenho. Especificamente para a Orientação Comunitária, de um total de 18 estudos avaliados, a porcentagem de bom desempenho foi de apenas 11,11%, o que demonstra a dificuldade dos serviços de saúde da APS prestarem uma atenção integral voltada para a comunidade, ainda distante do modelo de Produção Social da Saúde (COTTA, 2013).

Em outra revisão sistemática que analisou estudos de desempenho da APS na perspectiva de usuários de UBS por meio do PCATool os atributos mais bem avaliados foram a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (PAULA *et al.*, 2016). Por outro lado, os atributos que tiveram pior performance foram: acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária, mesmo nas UBS que tinham como modelo de APS a ESF. Em relação aos atributos derivados, a

performance de ambos os modelos (ESF e UBS tradicionais) foi aquém do adequado em quase a totalidade dos estudos analisados, embora tenham sido percebidos maiores escores nas UBS com ESF em comparação às UBS tradicionais.

Estudos que avaliaram o desempenho da APS em unidades de saúde com ESF chegaram também a conclusões semelhantes em relação ao baixo desempenho da Orientação Comunitária. Um estudo realizado em Belo Horizonte, que avaliou o desempenho da APS por meio do PCATool aplicado a enfermeiros e gerentes das equipes de Saúde da Família (eSF), obteve baixo escore para Orientação Comunitária, tanto para enfermeiros, quanto para gestores (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015). Outro estudo que incluiu a perspectiva de gestores e profissionais de saúde, realizado em São Luís, Maranhão também obteve resultados insatisfatórios (ALENCAR *et al.*, 2014). O índice composto da Orientação Comunitária foi de 2,9 para os usuários, 3,9 para os profissionais e 4,8 para os gestores ( $p < 0,001$ ) (ALENCAR *et al.*, 2014).

Dois estudos que avaliaram a Orientação Comunitária sob a ótica de familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos na ESF também obtiveram resultados de baixo desempenho do atributo derivado em questão. Uma pesquisa conduzida em Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa apresentou escores de Orientação Comunitária inferiores ao determinado para que este atributo esteja orientado para a APS (REICHERT *et al.*, 2016). Resultado semelhante foi encontrado em outra pesquisa realizada em Pernambuco (PAULA *et al.*, 2017).

Observa-se grande discrepância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam de fato o serviço. Essas diferenças encontradas entre os sujeitos corroboram com outras pesquisas que utilizaram o PCATool, não exclusivamente na ESF (ELIAS *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008). Essa divergência também é visualizada em outras investigações que avaliaram os atributos da APS utilizando o PCATool, segundo a ótica de profissionais (ALENCAR *et al.*, 2014; CASTRO *et al.*, 2012; CHOMATAS *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2014; VITORIA *et al.*, 2013) e de cuidadores de crianças (FURTADO *et al.*, 2013; HARZHEIM *et al.*, 2006a; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

Estudos que comparam a ESF com outros modelos de APS mostram, em geral, superioridade do escore Orientação Comunitária nas avaliações dos serviços de saúde com ESF. Na pesquisa realizada em Montes Claros, MG, de avaliação dos

atributos da APS na assistência infantil ofertada pelas eSF em comparação a outros serviços de atenção à saúde da criança, o desempenho da Orientação Comunitária foi insatisfatório, porém superior na ESF, havendo uma diferença estatisticamente significativa (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Conclusão similar foi encontrada no estudo realizado em dois municípios do Paraná (SANTOS *et al.*, 2016). Entre familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos, todos os modelos de APS apresentaram escores insatisfatórios, no entanto, houve diferença estatisticamente significativa para a Orientação Comunitária em favor dos modelos de USF com atenção integral centrada na família e comunidade e de UBS mista (modelo tradicional atuando conjuntamente com a USF) quando comparados ao modelo de APS tradicional, com atenção centrada nas especialidades. Esse resultado está em concordância com outro estudo que demonstrou superioridade da ESF nesse atributo. Na pesquisa de Harzheim *et al.* (2016), foi realizada uma avaliação dos serviços de saúde da APS do município do Rio de Janeiro por meio do PCATool incluindo adultos e cuidadores de crianças menores de 10 anos. Apesar do baixo desempenho geral no atributo derivado Orientação Comunitária, as unidades tipo A (Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família) que trabalham com a ESF obtiveram desempenho superior quando comparadas às outras unidades de saúde com modelos diferentes de APS, tanto na avaliação dos usuários quanto dos cuidadores de crianças, com diferença estatisticamente significativa entre as unidades avaliadas.

Na visão de profissionais, o estudo de van Stralen *et al.* (2008) realizado em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, incluiu a percepção de trabalhadores de nível superior e médio de UBS com e sem ESF, além de usuários e acompanhantes de usuários. Para a Orientação Comunitária, o desempenho foi insatisfatório, porém maior nas unidades com Saúde da Família, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Novamente, um resultado semelhante pode ser visto em um estudo de avaliação de desempenho da APS, realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que incluiu a percepção de médicos e enfermeiros das UBS tradicionais, da ESF, do Centro Saúde Escola Murialdo e do Serviço de Saúde Comunitária (CASTRO *et al.*, 2012). A diferença em relação a outros estudos é que, embora o desempenho das UBS tradicionais tenha sido insatisfatório para a Orientação Comunitária, nas outras categorias de unidades, alcançaram-se resultados satisfatórios.

Dos estudos avaliados, apenas um contemplado nessa revisão de literatura apresentou resultado destoante. Uma avaliação do desempenho da APS em Curitiba, Paraná comparou unidades do modelo tradicional e unidades com ESF, mediante a aplicação do PCATool a médicos e enfermeiros (CHOMATAS *et al.*, 2013). Os escores de Orientação Comunitária foram satisfatórios para as duas categorias de unidades de saúde, porém os resultados na ESF foram significativamente maiores que nas unidades com modelo tradicional (CHOMATAS *et al.*, 2013). O alto desempenho encontrado em Curitiba, na visão dos profissionais, é justificado pelos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presente nas duas categorias de unidades de saúde.

O baixo desempenho da Atenção Primária orientada para a comunidade evidencia, portanto, a necessidade de envolver a comunidade no processo de planejamento das ações pelas equipes de saúde e ampliação dos espaços de discussão entre pares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).



## 2.3 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO ESPECIALIDADE ORIENTADA PARA A COMUNIDADE

Segundo a definição do Wonca Europe a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade cujo médico é responsável pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que o procuram, independentemente da idade, do gênero, do diagnóstico, da raça, religião, cultura ou classe social. É ele quem cuida do indivíduo no contexto da família e cuida da família no contexto comunitário, respeitando sempre a autonomia dos pacientes. Tem responsabilidade profissional pela comunidade e é clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados, levando em consideração fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais (WONCA EUROPE, 2011).

A MFC apresenta preceitos, conceitos e direcionamentos que se relacionam aos da Atenção Primária à Saúde, sendo, dessa forma, reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS e estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

O médico de família e comunidade, além de ser um clínico qualificado, é um profissional cuja atuação é influenciada pela comunidade e é o recurso de uma população definida. Esses dois princípios tornam esse profissional fundamental para uma atenção primária orientada para a comunidade e se materializam, na prática, da seguinte forma: responsabilidade por conhecer a ecologia da saúde da sua população, dominando com habilidade os problemas mais frequentes de todos os grupos etários; desenvolver uma prática clínica baseada no melhor conhecimento científico existente, adaptando-o à sua realidade de atuação e às necessidades e condições de cada uma das pessoas que atende; responder às necessidades das pessoas e adaptando-se rapidamente às alterações na situação de saúde da comunidade; utilizar os recursos da equipe de saúde e da comunidade e referenciar para outros profissionais de forma criteriosa; construir a rede social comunitária mediante participação intersetorial; conhecer o território no qual está inserido, os recursos e as instituições da comunidade; planejar ações para melhorar a saúde das pessoas; recomendar, com responsabilidade, e defender políticas públicas de promoção da saúde para as pessoas e a comunidade (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No Brasil, os primeiros programas de residência médica em Medicina Geral e Comunitária (nomenclatura antiga) aconteceram em 1976, mas foi somente em 1981 que a especialidade foi reconhecida pelo Ministério da Educação, por intermédio da Comissão Nacional de Residência Médica com o nome de Medicina Geral Comunitária. Anos mais tarde, em 2002 a especialidade foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina com a nomenclatura atual, Medicina de Família e Comunidade (SIMAS *et al.*, 2018).

Em quatro décadas, desde a criação dos primeiros programas de residência médica, muito se evoluiu na APS no país, incluindo o que diz respeito à formação médica, em que o aprimoramento da qualidade dos profissionais dessa área tem se mostrado primordial para a melhoria dos resultados em nosso sistema de saúde. Visando contribuir para a qualificação do processo formativo do médico de família e comunidade, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, construiu diretrizes de ensino sob a lógica de homogeneizar a formação ofertada, garantindo a qualidade dos egressos. Para tal, estabeleceu um currículo de competências a serem adotadas nos diversos programas de residência da especialidade (LERMEN JÚNIOR, 2015).

É competência essencial no campo da abordagem comunitária que todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista em MFC tenha conhecimentos, habilidades e atitudes para identificar os problemas e as necessidades de saúde da população; realizar o diagnóstico situacional de saúde por meio de instrumentos de abordagem comunitária (ECOMAPA, diagnóstico de demanda, Estimativa Rápida Participativa, técnicas de georreferenciamento); definir prioridades para atuação da equipe; realizar trabalhos em grupo; desenvolver ações educativas no território com vistas ao empoderamento do autocuidado em saúde; planejar ações prioritárias de saúde com base no diagnóstico comunitário; articular-se com a rede social de apoio; promover o empoderamento social e conhecer os fundamentos da Educação Popular em Saúde. Como competências desejadas de um residente diferenciado, além das competências essenciais, estão a capacidade para promover ações intersetoriais e de participar de atividades de controle social (LERMEN JÚNIOR, 2015).

Existem evidências de associação entre qualificação profissional e melhor desempenho dos atributos da APS. Num estudo realizado na ESF de Montes Claros, Minas Gerais, a partir da aplicação do PCA Tool versão infantil a cuidadores de

crianças menores de 2 anos residentes e cadastradas no território de abrangência das eSF, verificou-se que, nas equipes onde atuavam profissionais médicos e enfermeiros com residência em MFC e em Saúde da Família, respectivamente, os escores dos atributos da APS foram mais elevados em comparação às eSF em que os profissionais não possuíam tal qualificação (LEÃO; CALDEIRA, 2011). Pelo modelo de regressão múltipla, houve associação da qualificação profissional com o escore geral da APS tanto na análise com todos os entrevistados quanto naqueles que tinham a ESF como fonte regular da atenção (77,7% dos entrevistados). Nesse último grupo, apesar do escore geral dos atributos ter sido satisfatório nas eSF com profissionais com qualificação específica, não houve diferença estatisticamente significativa para o atributo orientação comunitária entre as eSF com profissionais com e sem residência. As eSF com profissionais qualificados tiveram um escore médio de orientação comunitária mais elevado, porém insatisfatório (<6,6) e não houve diferença estatística entre os resultados: 5,8 nas eSF com profissional com residência; 5,3 nas eSF com profissional sem residência, p-valor 0,173.

Outras duas pesquisas realizadas em cidades da região Sul do Brasil revelaram associação entre qualificação dos profissionais da APS e melhores resultados de desempenho da APS. No estudo de Chomatas *et al.* (2013), realizado em Curitiba, em que o PCATool foi aplicado a 490 médicos e enfermeiros de unidades do modelo tradicional e da ESF, a formação em MFC ou enfermagem comunitária esteve associada à presença de Alto Escore Geral da APS pelo modelo univariável. Contudo, na análise multivariável, essa associação não foi significativa. Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a avaliação do desempenho da APS na ótica de 340 enfermeiros e médicos mostrou associação significativa entre formação na APS (residência em MFC para médicos, enfermagem comunitária para enfermeiros e especialização em Saúde da Família para ambas os tipos profissionais) e alto Escore Geral da APS, embora não tenha sido realizada a análise separadamente por categoria profissional (CASTRO *et al.*, 2012).

Em outro estudo realizado na região noroeste de Goiânia, Goiás, em que foi avaliada a extensão e o desempenho dos atributos da APS por meio da aplicação do PCA Tool a médicos e enfermeiros, por outro lado, verificou não haver associação entre o perfil de formação e qualificação dos profissionais e a qualidade dos serviços da ESF (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

### 3 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos desta pesquisa.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico, acadêmico e ocupacional dos profissionais médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte.
- Verificar a presença e a extensão da Orientação Comunitária na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte e associá-la a aspectos sociodemográficos, relativos à formação acadêmica e à situação ocupacional de médicos atuantes na ESF da capital mineira.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste item, será descrito todo o percurso metodológico, compreendendo o tipo e local de estudo, a população, os instrumentos utilizados para a obtenção dos dados, as variáveis e a análise estatística deste estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal e avaliativo, desenvolvido por censo. Todos os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais foram abordados no período de setembro a novembro de 2020.

### 4.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido na APS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, especificamente nos Centros de Saúde do município. Belo Horizonte, capital mineira, é a 5ª mais populosa cidade brasileira de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017. É subdividida em nove Regionais de Saúde, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A APS do município é composta por 151 centros de saúde, tendo a ESF como modelo assistencial prioritário (BELO HORIZONTE, 2018).

### 4.3 POPULAÇÃO

A população alvo desse estudo foi composta pelo conjunto de médicos da Estratégia Saúde da Família de todas as nove regionais de Belo Horizonte totalizando 332 (efetivos e contratados). Foram considerados como critérios de inclusão ser profissional médico graduado. Não houve critérios de exclusão.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Em virtude do cenário epidemiológico de pandemia de COVID-19 e da necessidade de priorizar o isolamento social, foi elaborado um questionário eletrônico na plataforma Formulários Google® (“Formulários Google: crie e analise pesquisas gratuitamente.”, [s.d.]) autoaplicável, com perguntas fechadas).

Aos centros de saúde foram enviados e-mails contendo um convite direcionado aos médicos das equipes de Saúde da Família (eSF), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e o link de acesso ao questionário eletrônico. Na ausência de retorno dos profissionais de determinado centro de saúde, foram feitos três contatos consecutivos por meio de e-mail da unidade, em intervalos de 15 dias. O estudo foi conduzido no período de 01/09/2020 a 30/11/2020.

A primeira sessão do questionário (Apêndice B) foi composta por três variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, cor de pele) e por nove variáveis relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional, a saber: tipo de instituição da graduação, se pública ou privada; ano da conclusão da graduação; tempo em anos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), na APS, na ESF e na atual eSF; carga horária semanal de trabalho; tipo de vínculo empregatício com a Prefeitura de Belo Horizonte; percepção da identificação com o trabalho na ESF; e presença ou ausência de residência médica em MFC, especialização em MFC, Título de Especialista em MFC, residência médica em outras áreas médicas; e especialização em outras áreas médicas.

A segunda sessão (Anexo A) constituiu-se de seis itens (H1 a H6) do componente "Orientação Comunitária" do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool BRASIL), versão profissionais<sup>3</sup> (BRASIL et al., 2010). Os três primeiros itens têm a finalidade de identificar se os profissionais fazem visitas domiciliares, se conhecem os problemas de saúde da comunidade que atendem e se ouvem a opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços. São eles: H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da

---

<sup>3</sup> Apesar da existência de uma versão mais atualizada do PCATool Brasil, optou-se pela utilização da versão de 2010, uma vez que a submissão ao comitê de ética em pesquisa foi realizada antes da publicação oficial daquele documento pelo Ministério da Saúde.

comunidade que atende? H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? Os itens restantes têm como objetivo identificar se o serviço de saúde utiliza métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços e/ou programas. São eles: Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas? H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

As respostas possíveis para cada item de Orientação Comunitária do PCA Tool BRASIL são com base na escala *Likert*: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). O escore para o atributo é então calculado pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõem, produzindo, assim, um escore médio:

$$\text{Escore (versão profissionais)} = \frac{H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6}{6} \quad (1)$$

Em seguida, o escore médio é transformado numa escala de 0 a 10, da seguinte forma:

$$\text{Escore (versão profissionais)} = \frac{(\text{escore obtido}-1) \times 10}{3} \quad (2)$$

Sobre o cálculo, ressalva-se que, se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total dos itens do componente Orientação Comunitária (H), não se deve calcular o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados. Caso a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve-se transformar o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Escore maior ou igual a 6,6 corresponde a Orientação Comunitária satisfatória do serviço/equipe avaliado. Em contrapartida, valores menores que 6,6 indicam Orientação Comunitária insatisfatória (BRASIL *et al.*, 2010).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas foram armazenadas no aplicativo Google Planilhas® e, posteriormente, processadas pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS)®, versão 15.0 (“SPSS Statistics - Visão Geral - Brasil | IBM”, [s.d.]). Foram obtidas medidas descritivas (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão). A comparação entre percepção satisfatória e insatisfatória do escore Orientação Comunitária e as variáveis independentes foi feita pelo teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com correção pelo teste exato de Fischer, quando necessário. Correlações entre tempos de formação e trabalho e a pontuação do escore padronizado foram feitas pela correlação de Pearson. Foi adotado um nível de significância de 5%.

#### 4.6 ÉTICA

Foram garantidas em todas as fases deste estudo as recomendações éticas constantes na Resolução 466/2012, recebendo aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob Certificado de Aprovação para Apreciação Ética (CAAE) 28640320.2.3001.5140, com data de aprovação em 19 de agosto de 2020. (ANEXO B)



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão do presente estudo originaram o artigo original, apresentado a seguir. A formatação do artigo seguiu as normas indicadas pela revista ao qual foi submetido.

**Título: Associação da Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e a Orientação Comunitária da Estratégia Saúde da Família**

**Title: Association between the Qualification in Family and Community Medicine and the Community Orientation of the Family Health Strategy**

### RESUMO

**Introdução:** A Orientação Comunitária apresenta, em estudos de avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, baixa performance entre usuários. Questiona-se, em especial, se qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade (MFC) contribui para a otimização desse desempenho. **Objetivo:** verificar a associação entre qualificação profissional em MFC e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte. **Método:** Estudo censitário reuniu médicos de todas as regionais de Belo Horizonte. Variáveis sociodemográficas, relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional foram obtidas por meio de questionário. Utilizado o instrumento PCATool-Brasil para medir o desempenho do atributo. **Resultado:** A comparação entre desempenho do escore Orientação Comunitária e variáveis independentes foi feita pelo teste qui-quadrado, com correção de Fischer. O escore médio foi de 7,9 (DP  $\pm$ 1,2). Nenhuma variável independente foi associada com a Orientação Comunitária satisfatória. Houve correlação entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e alto escore para Orientação Comunitária. **Conclusão:** a qualificação em MFC não determina, por si só, um alto grau de Orientação Comunitária, e que quanto maior tempo de formação em MFC na modalidade residência médica, maior o desempenho desse atributo derivado.

**Palavras-chave:** Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Qualificação Profissional. Participação da Comunidade.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The Community Orientation presents in studies evaluating the attributes of Primary Health Care low performance among users. In particular, it is questioned whether professional qualification in Family Practice (FP) contributes to the optimization of this performance. **Purpose:** verify the association between professional qualification in FP and the degree of Community Orientation from the perspective of medical professionals working in the Family Health Strategy of Belo Horizonte. **Methods:** This census study was applied to doctors in Belo Horizonte. Sociodemographic variables related to academic training and occupational status were obtained through a questionnaire. The PCATool-Brasil was used to measure the performance of this attribute. **Result:** The comparison between the performance of the Community Orientation score and independent variables was made using the chi-square test, with Fischer correction. The average score was 7.9 (SD  $\pm$  1.2). No independent variable was associated with satisfactory Community Orientation. There was a correlation between time of completion of medical residency in FP and high score for Community Orientation. **Conclusion:** the qualification in FP does not itself determine a high degree of Community Orientation, and the longer completion time in FP in the medical residency modality, the greater the performance of this derived attribute.

**Key words:** Health Care Evaluation Mechanisms. Family Health Strategy. Family Practice. Credentialing. Community Participation.

## **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde e tem como prioridade o cuidado integral das necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Entre os atributos da APS, destaca-se a Orientação Comunitária, que pressupõe, por meio de habilidades epidemiológicas e clínicas dos profissionais que dela fazem parte, a compreensão, a análise e a avaliação das necessidades de saúde de uma população definida. É esse

atributo que permite a centralização do cuidado na comunidade, envolvendo-a no enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde e nas decisões que interferem sobre a própria saúde<sup>1-3</sup>.

A Declaração de Alma-Ata já evidenciava a importância e a necessidade da plena participação popular como um dos princípios fundamentais da APS integral. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família manteve também esse compromisso na medida em que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2007 e suas respectivas atualizações trouxeram como fundamentos da Atenção Básica (AB) o estímulo à participação popular e ao controle social<sup>4-6</sup>.

Um dos instrumentos para a mensuração da Orientação Comunitária é o Primary Care Assessment Tool (PCATool), traduzido para o português (Brasil), adaptado e validado para o sistema nacional de saúde brasileiro<sup>7,8</sup>. O Ministério da Saúde recomenda, no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde<sup>9</sup>, que o uso do PCATool seja empregado para a avaliação e o monitoramento da qualidade dos equipamentos de saúde brasileiros que compõem a APS.

Recentemente, em maio de 2020, uma versão atualizada do PCATool Brasil foi lançada pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Especificamente para a Orientação Comunitária<sup>10</sup>, houve acréscimo de novos itens em relação à versão anterior de 2010.

Os indicadores da Orientação Comunitária apresentados no referido manual, apesar de diferirem entre os usuários adultos, crianças e profissionais, contemplam dimensões que avaliam se a equipe ou o profissional de saúde realiza visitas domiciliares, tem conhecimento dos problemas de saúde da comunidade, acolhe opiniões e ideias da população adscrita, faz pesquisa de satisfação com os usuários, faz pesquisa na comunidade para identificação dos problemas de saúde, convida o usuário e/ou a família do mesmo para participar do Conselho Local de Saúde.

Inúmeros estudos avaliaram a qualidade e a extensão da APS internacional e brasileira, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e outros modelos públicos e privados de APS. Em uma revisão sistemática que analisou estudos de desempenho da APS mediante o uso do PCATool na perspectiva do usuário<sup>11</sup>, à exceção da competência cultural, os atributos orientação familiar e comunitária foram os que apresentaram as piores porcentagens de desempenho. De um total de 18 estudos avaliados, a porcentagem de bom desempenho foi de 11,11%, o que demonstra a

dificuldade dos Serviços de Saúde da APS prestarem uma atenção integral voltada para a comunidade, ainda distante do modelo de Produção Social da Saúde<sup>12</sup>.

Em outra revisão sistemática que analisou estudos de desempenho da APS na perspectiva de usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio do PCATool, a Orientação Comunitária teve um dos piores desempenhos, mesmo nas UBS que tinham a ESF como modelo operacional<sup>13</sup>. Em relação aos atributos derivados, a performance de ambos os modelos (ESF e UBS tradicionais) foi aquém do adequado em quase a totalidade dos estudos analisados, embora tenham sido percebidos maiores escores nas UBS com ESF em comparação às UBS tradicionais.

O baixo desempenho da Orientação Comunitária evidencia, portanto, a necessidade de envolver a comunidade no processo de planejamento das ações pelas equipes de saúde e ampliação dos espaços de discussão entre pares<sup>14</sup>.

Nessa perspectiva, pergunta-se se a qualificação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) influencia a performance da Orientação Comunitária. Afinal, esse profissional, além de ser um clínico qualificado, é responsável profissionalmente pela comunidade que assiste e é clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados<sup>15,16</sup>. Existem evidências de associação entre qualificação de profissionais médicos e enfermeiros em Saúde da Família e melhor desempenho, embora os resultados encontrados sejam divergentes. Enquanto num estudo realizado em Curitiba não houve associação significativa entre qualificação com alto escore geral da APS em modelos multivariáveis estratificados<sup>17</sup>, em dois outros estudos essa associação foi encontrada<sup>18,19</sup>.

O presente estudo objetiva, verificar a associação entre qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na ESF de Belo Horizonte.

## **MÉTODOS**

### **Desenho, população, local do estudo e período**

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e avaliativo, desenvolvido por censo. A população alvo desse estudo foi composta por médicos da ESF das nove regionais de Belo Horizonte. Essa população totalizava 332 sujeitos (efetivos e contratados). Foi considerado critério de inclusão ser profissional médico graduado e atuante na APS de Belo Horizonte e não houve critérios de exclusão.

## Protocolo do estudo

Em virtude do cenário epidemiológico de pandemia de COVID-19 e da necessidade de priorizar o isolamento social, foi elaborado um questionário eletrônico na plataforma Formulários Google<sup>®20</sup> autoaplicável, com perguntas fechadas. Aos centros de saúde foram enviados e-mails contendo um convite direcionado aos médicos das equipes de Saúde da Família (eSF), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o link de acesso ao questionário eletrônico. Na ausência de retorno dos profissionais de determinado centro de saúde, foram feitos três contatos consecutivos por meio de e-mail da unidade, em intervalos de 15 dias. O estudo foi conduzido no período de 01/09/2020 a 30/11/2020.

A primeira sessão foi composta por três variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, cor de pele) e por nove variáveis relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional, a saber: tipo de instituição da graduação, se pública ou privada; ano da conclusão da graduação; tempo em anos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), na APS, na ESF e na atual eSF; carga horária semanal de trabalho; tipo de vínculo empregatício com a Prefeitura de Belo Horizonte; percepção da identificação com o trabalho na ESF; e presença ou ausência de residência médica em MFC, especialização em MFC, Título de Especialista (TE) em MFC, residência médica em outras áreas médicas; e especialização em outras áreas médicas.

A segunda sessão constituiu-se de seis itens (H1 a H6) do componente Orientação Comunitária do instrumento PCATool Brasil, versão profissionais<sup>9</sup>. Apesar da existência de uma versão mais atualizada do PCATool Brasil, optou-se pela utilização da versão de 2010, uma vez que a submissão ao comitê de ética em pesquisa foi realizada antes da publicação oficial daquele documento pelo Ministério da Saúde.

As respostas possíveis para cada item de Orientação Comunitária do PCA Tool são com base na escala Likert: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). O escore para o atributo é então calculado pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõem, produzindo, assim, um escore médio<sup>9</sup>.

Sobre o cálculo, ressalta-se que, se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total dos itens do componente Orientação Comunitária (H), não se deve calcular o

escore deste componente para este entrevistado. Caso a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve-se transformar o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Escore maior ou igual a 6,6 corresponde a Orientação Comunitária satisfatória do serviço/equipe avaliado<sup>9</sup>.

### **Análise dos resultados e estatística**

As respostas foram armazenadas no aplicativo Google Planilhas<sup>®21</sup> e, posteriormente, processadas pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS)<sup>®</sup>, versão 15.0<sup>22</sup>. Foram obtidas medidas descritivas (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão). A comparação entre percepção satisfatória e insatisfatória do escore Orientação Comunitária e as variáveis independentes foi feita pelo teste qui-quadrado, com correção de Fischer quando necessária. Correlações entre tempos de formação e trabalho e a pontuação do escore padronizado foram feitas pela correlação de Pearson. Foi adotado um nível de significância de 5%.

### **Aspectos éticos**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob Certificado de Aprovação para Avaliação Ética (CAAE) 28640320.2.3001.5140, com data de aprovação em 19 de agosto de 2020.

## **RESULTADOS**

Ao todo, 127 participantes de 80 centros de saúde da capital mineira deram retorno ao questionário online, porém dois se recusaram a respondê-lo. Para o cálculo do escore geral, outros três respondentes foram excluídos, uma vez que o somatório das respostas “não sei/não lembro” atingiu 50% ou mais do total de itens do componente H.

Dos 125 respondentes, a média de idade foi de 37 anos (DP  $\pm 9,0$ ) majoritariamente do sexo feminino com 79 (63,2%); e predominância da cor de pele branca, 81 (64%).

Em relação ao perfil acadêmico, 67 (54%) se formaram em universidades públicas, com uma média de 10,7 anos de conclusão da graduação (DP  $\pm 9,3$ ). 27 (22%) realizaram residência médica em MFC (tempo médio de conclusão de 6,6 anos, DP  $\pm 4,2$ ). 40 (32%) realizaram curso de especialização em MFC (tempo médio de conclusão de 12 anos, DP  $\pm 4,9$ ); 40 (32%) são titulados pela Sociedade Brasileira de MFC (tempo médio de obtenção da titulação 8,7 anos, DP  $\pm 5,3$ ).

Do total de participantes, 43 (34,4%) realizaram curso(s) de especialização em outras áreas médicas, sendo as mais frequentes homeopatia, dermatologia e geriatria. 17 (13,6%) realizaram outra(s) residência(s) médica(s), sendo as mais frequentes Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Médica. 9 (7%) fizeram pós-graduação stricto sensu, sendo que 8 (89%) tiveram a pós-graduação relacionada à APS ou à ESF.

Sobre o perfil ocupacional, o tempo em anos de trabalho no serviço público, na APS, na ESF e na atual eSF é, em média, 11,8 (DP  $\pm 7,8$ ); 11,2 (DP  $\pm 7,3$ ); 10,6 (DP  $\pm 6,4$ ); 6,8 (DP  $\pm 4,9$ ), respectivamente. 79 (63%) concordaram totalmente quando perguntados se se identificavam com o trabalho na ESF.

A Tabela 1 apresenta a avaliação satisfatória do atributo Orientação Comunitária, na perspectiva dos profissionais médicos da APS de Belo Horizonte, com o escore médio de 7,9, DP ( $\pm 1,2$ ), evidenciando alto grau de orientação para APS.

Na tabela 2, das seis questões relativas à Orientação Comunitária, apenas duas tiveram avaliação negativa. O somatório de provavelmente não e com certeza não em cada uma delas foi de 45,6%, evidenciando que uma expressiva quantidade de médicos não faz pesquisa com os pacientes para saber se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas, nem faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles ou os próprios serviços deveriam conhecer.

Tabela 1 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média, desvio padrão e grau de orientação do atributo Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na APS de Belo Horizonte, 2020.

Valores dos escores	Atributo Orientação Comunitária
Mínimo	5
Máximo	10
Média	7,9
Desvio padrão	±1,2
Grau de orientação para a APS	Alto
Proporção de médicos que percebem Baixo Escore	12%
Proporção de médicos que percebem Alto Escore	88%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos profissionais médicos das eSF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Belo Horizonte, 2020.

(continua)

Orientação Comunitária (H)	Com		Com		Não sei/ Não lembro
	certeza, sim	Provavelmente, sim	certeza, não	Provavelmente, não	
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? (μ=9,98)	123 (98,4)	2 (1,6)	0	0	0
H2 - Você crê que o seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? (μ=8,43)	50 (40)	69 (55,2)	0	5 (4)	1 (0,8)



Tabela 2 – Distribuição das respostas dos profissionais médicos das eSF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Belo Horizonte, 2020.

(conclusão)

Orientação Comunitária (H)	Com certeza, sim		Com certeza, não		Provavelmente, não	Não sei/ Não lembro
	Provavelmente, sim		Provavelmente, não			
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? ( $\mu=8,00$ )	43 (34,4)	60 (48)	3 (2,4)	14 (11,2)	5 (4)	
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? ( $\mu=6,15$ )	17 (13,6)	37 (29,6)	20 (16)	37 (29,6)	14(11,2)	
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? ( $\mu=6,27$ )	21 (16,8)	36 (28,8)	20 (16)	37 (29,6)	11 (8,8)	
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)? ( $\mu=9,09$ )	81 (64,8)	26 (20,8)	3 (2,4)	3 (2,4)	12 (9,6)	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme apresentado na Tabela 3, constata-se que nenhuma variável independente encontrou associação estatisticamente significativa com a Orientação Comunitária satisfatória (escore  $\geq 6,6$ ).

Tabela 3 – Percepção sobre o atributo Orientação Comunitária, segundo variáveis sociodemográficas, de formação e atuação profissional de médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.

(continua)

Variáveis		Avaliação insatisfatória < 6,6		Avaliação satisfatória $\geq 6,6$		p
		n	%	n	%	
Cor de pele	Branca	11	73,3	69	26,7	0,661
	Parda	4	10,5	34	89,5	
	Preta	0	0	4	100	
Sexo	Feminino	10	13	67	87	0,761
	Masculino	5	11,1	40	88,9	
Instituição de Graduação	Pública	10	14,9	57	85,1	0,412
	Privada	5	9,1	50	90,9	
Identificação com o trabalho na ESF	Concordo totalmente	8	10,1	71	89,9	0,323
	Concordo parcialmente, discordo em parte,					
	indiferente	7	16,3	36	83,7	
Vínculo empregatício	Estatutário	9	12,5	63	87,5	0,934
	Temporário	6	12	44	88	
Residência em MFC	Não	12	12,6	83	87,4	0,832
	Sim	3	11,1	24	88,9	

Tabela 3 – Percepção sobre o atributo Orientação Comunitária, segundo variáveis sociodemográficas, de formação e atuação profissional de médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.

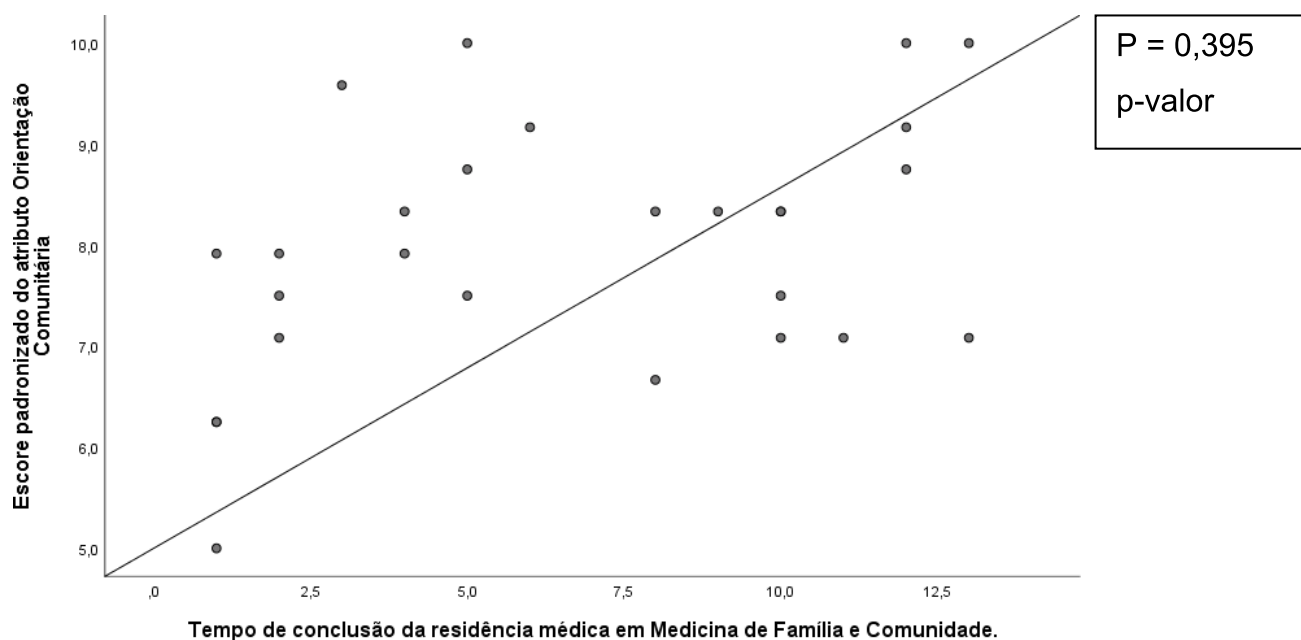
(conclusão)

Variáveis		Avaliação insatisfatória < 6,6		Avaliação satisfatória ≥ 6,6		p
		n	%	n	%	
Curso de especialização em MFC	Não	10	12,2	72	87,8	0,962
	Sim	5	12,5	35	87,5	
Título de especialista em MFC	Não	10	12,2	72	87,8	0,962
	Sim	5	12,5	35	87,5	
Pós-graduação stricto sensu	Não	14	12,4	99	87,6	0,911
	Sim	1	11,1	8	88,9	
Área da sua pós-graduação stricto sensu é relacionado à Atenção Primária à Saúde ou à Estratégia Saúde da Família	Não	0	0	1	100	0,932
	Sim	1	12,5	7	87,5	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Exceto para o tempo de conclusão da residência médica em MFC, não houve correlação entre o escore do atributo e os tempos de conclusão da graduação em Medicina, da especialização em MFC, da obtenção do título de especialista MFC, do tempo de trabalho em serviço público, na APS, na ESF e na ESF atual. O gráfico 1 apresenta a correlação estatisticamente significativa entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e escore para o atributo Orientação Comunitária.

Gráfico 1 – Correlação entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e escore do atributo Orientação Comunitária na perspectiva de profissionais médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

Este estudo foi o primeiro que temos conhecimento a caracterizar exclusivamente a Orientação Comunitária a partir da percepção de médicos atuantes na APS. Os resultados principais evidenciam que, na capital mineira, a percepção acerca do respectivo atributo é satisfatória para 88% dos profissionais médicos das eSF e que quanto maior o tempo de conclusão da residência médica em MFC, maior a associação com alto escore no atributo derivado em questão.

Essa avaliação satisfatória da Orientação Comunitária se assemelha a de outros estudos nacionais que avaliaram a percepção de outras categorias profissionais, incluindo enfermeiros e cirurgiões-dentistas, atuantes na ESF<sup>2,17,18,23-31</sup>. Variáveis cogitadas como influenciadoras de boa avaliação seriam, na visão de Chomatas et al.<sup>17</sup>, os princípios já incorporados na construção da APS, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária.

Ainda que baixos desempenhos tenham sido descritas na literatura<sup>32</sup> é tendência encontrar superioridade da percepção profissional em relação à dos usuários da ESF quanto ao atributo em questão<sup>33</sup>. Estes, geralmente, avaliam-no como insatisfatório<sup>13</sup>.

Em relação aos itens de pior desempenho, percebe-se que a maioria dos médicos não realiza pesquisas de satisfação com os pacientes, nem faz pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde que deveria conhecer. Essa achado corrobora o descrito no trabalho de Paula et al.<sup>2</sup>, em que esses dois itens tiveram, de modo geral, performance inferior. Estudo de Alencar et al.<sup>33</sup> também é concordante: 56% dos profissionais responderam que nunca ou quase nunca executavam enquetes para saber se os serviços oferecidos estavam respondendo às necessidades da população e 47,4% nunca ou quase nunca realizavam enquetes para identificar problemas de saúde da população. Sabendo do potencial que essas duas ações têm em estimular autonomia dos indivíduos e das famílias e a participação social, faz-se jus à necessidade de compreender as razões para tal na realidade de Belo Horizonte.

Quanto aos preditores sociodemográficos, de formação e atuação profissional, exceto tempo de conclusão da residência médica em MFC, nenhum deles apresentou associação estatisticamente significativa com a avaliação satisfatória. No que tange às variáveis relacionadas à qualificação em Medicina de Família e Comunidade, possuir formação específica em MFC, seja residência ou título de especialista ou curso de especialização também não se associou com avaliação satisfatória.

A literatura traz estudos com resultados semelhantes. Turci, Lima-Costa e Macinko<sup>32</sup> avaliaram o desempenho da APS de Belo Horizonte na ótica de médicos e enfermeiros. Apesar de possuir treinamento em Saúde da Família ter se associado com um aumento de 36% da prevalência da Orientação Comunitária, essa associação não foi estatisticamente significativa.

Considerando-se o desfecho escore geral da APS, Chomatas et al.<sup>17</sup> analisou em Curitiba modelos multivariáveis estratificados para médicos. Não houve associação significativa entre ter a formação em MFC e alto escore geral da APS. De forma similar, Oliveira et al.<sup>34</sup> também não encontrou associação significativa entre especialização relacionada à APS entre médicos e enfermeiros e aquele desfecho em Goiânia.

Em contrapartida, dois estudos apresentaram resultados divergentes dos anteriores quanto ao escore geral da APS. Castro et al.<sup>18</sup> avaliou a percepção do desempenho da APS de 369 profissionais médicos e enfermeiros de Porto Alegre. Ter especialidade na área da APS (residência ou prova de título em MFC para médicos e, para enfermeiros, residência ou especialização em Enfermagem Comunitária) se

associou, no modelo multivariável, com aumento de 30% da prevalência de alto escore geral ( $p < 0,05$ ). De forma semelhante, no trabalho de Leão, Caldeira e Oliveira<sup>19</sup>, a avaliação de profissionais com formação específica em Saúde da Família (residência em MFC para médicos e residência multiprofissional em Saúde da Família para enfermeiros) associou-se com maior prevalência de alto escore geral da APS na visão de cuidadores de crianças. No modelo ajustado de alto valor geral da APS entre as crianças que têm a ESF como fonte regular de atenção à saúde, ter a respectiva formação aumentou a chance de alto valor geral em 33% ( $p < 0,05$ ). Interessante ressaltar que, apesar dessa associação entre formação em Saúde da Família e melhor desempenho geral da APS, não houve diferença estatisticamente significativa entre as eSF com e sem profissionais com residência no desempenho no atributo Orientação Comunitária.

Levando-se em conta o perfil do MFC e as competências em Orientação Comunitária dele esperadas, como destacado pela Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar<sup>35</sup>, era de se esperar que a qualificação específica em MFC contribuísse para um alto escore desse atributo. Embora não seja o objetivo desse trabalho, compreender as razões para não haver essa associação, torna-se relevante no cenário atual de fortalecimento da ESF como modelo de consolidação da APS no SUS. Questiona-se, portanto, o quanto esse atributo realmente permeia a formação específica em MFC ou quais seriam as dificuldades para a sua efetivação pelos MFC atuantes na ESF.

Apesar da qualificação em MFC não ter se mostrado como preditor do alto escore de Orientação Comunitária, a associação entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e alto escore para Orientação Comunitária encontrada neste estudo sugere uma perspectiva diferente. Não obstante todo arcabouço de competências inerentes a esse profissional, incluindo aquelas voltadas para a abordagem comunitária, a evidência aponta que é necessário tempo de atuação para que a efetivação desse atributo aconteça. Numa reflexão que abrange desde as atribuições construídas pelo grupo de Leeuwenhorst<sup>36</sup> e pelo Wonca Europe<sup>16</sup> até a da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade no seu atual Currículo Baseado em Competências<sup>37</sup>, o fator tempo se mostra ferramenta essencial à prática do MFC. Nesse sentido, parece haver uma associação entre tempo de experiência e aperfeiçoamento das habilidades clínicas e epidemiológicas e maior responsabilização, aspectos que justificariam essa associação positiva verificada.

Apesar dessa constatação, é evidente a necessidade de aprofundamento das razões que explicam esse resultado encontrado.

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, destaca-se que a metodologia transversal utilizada permitiu avaliar somente associações, não sendo possível estabelecer nexos de causalidade. A não utilização do PCATool Brasil versão profissionais 2020, notadamente composta por mais itens de avaliação da orientação comunitária pode ter significado a perda de um olhar mais detalhado desse atributo na APS de Belo Horizonte. Apesar dessa aparente especificação e detalhamento advindos dessa nova versão, há de se ressaltar que as perguntas dos itens da Orientação Comunitária são predominantemente direcionadas ao serviço, o que, provavelmente, contribuiria para uma percepção mais periférica de quem a responde, especificamente para este estudo, o profissional médico. Outro limite foi a taxa de retorno de 38% dos médicos da APS na capital mineira. Pode-se cogitar que médicos mais engajados com a prática profissional possam ter efetivamente participado, o que pode ter contribuído para a melhor percepção dos atributos da APS.

## **CONCLUSÃO**

A Orientação Comunitária foi avaliada satisfatoriamente na ótica dos profissionais médicos da APS do SUS de Belo Horizonte. De forma geral, dois aspectos relevantes merecem destaque nesse estudo. Primeiramente, não foi encontrada a associação entre a qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos respectivos médicos. Por outro lado, verificou-se a correlação estatisticamente significativa entre tempo de conclusão da residência médica em MFC e escore para o atributo Orientação Comunitária.

Suscitam-se questionamentos sobre os achados nesse estudo que perpassam a discussão desse atributo durante a formação desse profissional especializado para atuar na APS, especificamente na ESF do SUS. Recomenda-se a realização de mais estudos que analisem a formação especializada sobre a ótica da Orientação Comunitária e os desafios que a prática profissional impõe à sua implantação.

## REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVCL, Noronha JC, Carvalho AI (Eds.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493–546.
2. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Col.* 10 de julho de 2017; 25(2): 242–8.
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília;* 22 de setembro de 2017. Seção 1, p. 68.
6. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília;* 24 de outubro de 2011. Seção I, p. 48-54.
7. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Qualidade e eficácia de diferentes abordagens para a prestação de atenção primária no Brasil. *BMC Health Serv Res.* 5 de dezembro de 2006; 6(1): 1-7.
8. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública.* Agosto de 2006; 22(8): 1649-59.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS Brasil. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5711:de](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:de)



claracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0>.

Acesso em: 20 abr. 2021.

11. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. Junho de 2017; 22(6): 1881-93.

12. Cotta, RMM. Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa: Editora UFV; 2013.

13. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev. esc. enferm. USP*. Abril de 2016; 50(2): 335-45.

14. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

15. Gusso, G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2018.

16. Wonca Europe. The European definition of general practice/Family Medicine Genebra: The Swiss College of Primary Care; 2011.

17. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 8 de outubro de 2013; 8(29): 294-303.

18. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. Setembro de 2012; 28(9): 1772-84.

19. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Setembro de 2011; 11(3): 323–34.

20. Formulários Google [internet]. Crie e analise pesquisas gratuitamente [citado em 15 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>.

21. Google LLC. Planilhas Google [citado em 19 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/>.

22. SPSS Statistics. Visão Geral - Brasil | IBM [citado em 15 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ibm.com/br-pt/products/spss-statistics>.

23. Costa MA, Alves MTSSB, Branco RMPC, Castro WEC, Ramos CAM. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 12 de outubro de 2020; 24(Suppl 1): e190628.
24. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc. Anna Nery*. 28 de novembro de 2016; 20(4): e20160104.
25. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras Prom Saúde*. 30 de julho de 2018; 31(3): 1–13.
26. Kolling, JHG. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina; 2008.
27. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc. Anna Nery*. Junho de 2016; 20(2): 275-80.
28. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 11 de janeiro de 2017; 11(38): 1-13.
29. Ribeiro LA, Scatena JHG. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde debate*. Dezembro de 2019; 43(spe7): 126-40.
30. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. Fevereiro de 2019; 72(1): 19-26.
31. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 7 de outubro de 2013; 8(29): 285-93.
32. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. Setembro de 2015; 31(9): 1941-52.
33. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. Fevereiro de 2014; 19(2): 353-64.

34. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev Bras Educ Med*. Dezembro de 2016; 40(4): 547-59.
35. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do Médico de Família e Comunidade. Definição Iberoamericana. *Wonca*. Maio de 2010; 1(1): 1-3.
36. Leeuwenhorst Group. The contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. 1997 – [citado em 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/contribution-general-practitioner-undergraduate-medical-education-1977.pdf>.
37. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015 – [citado em 06 de fevereiro de 2021]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusões importantes podem ser alcançadas a partir do presente estudo. Primeiramente, a avaliação da extensão do atributo Orientação Comunitária na ótica dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte foi satisfatória, com média elevada, acima da maioria dos estudos que compuseram a revisão bibliográfica dessa dissertação, o que demonstra que esse atributo, na visão desses profissionais, é bem efetivado na realidade da APS da capital mineira. De forma geral, um resultado satisfatório era esperado, tendo em vista que os profissionais de saúde costumam avaliar melhor esse atributo em específico e porque a ESF traz consigo uma grande ênfase tanto à orientação familiar quanto comunitária.

Apesar do elevado escore, chama a atenção para o baixo desempenho dos médicos em relação aos itens que avaliam a realização de pesquisas de satisfação dos pacientes e para identificação dos problemas de saúde da comunidade que eles, médicos, deveriam conhecer. Sabendo da importância de cada uma delas e que devem ser valorizadas para gerar autonomia e maior participação da comunidade nas decisões em saúde, é necessário compreender melhor quais os obstáculos que impedem a sua efetivação na rotina da ESF.

Em segundo lugar, foi verificado não haver associação estatisticamente significativa entre a qualificação em Medicina de Família e Comunidade e o alto escore do atributo em questão. Considerando que a abordagem comunitária é uma competência a ser desenvolvida durante a formação do médico de família, esse resultado suscita questionamentos e reflexões sobre o processo de ensino desse atributo durante a formação em MFC. Isso inclui compreender qual o espaço da abordagem comunitária nesse cenário pedagógico, a avaliação da competência de docentes e discentes nessa área e as dificuldades inerentes e modificáveis à sua implantação.

Por último, a verificação de que o tempo de conclusão da residência médica em MFC foi a única variável correlacionada ao alto escore para a Orientação Comunitária, enaltece-se a importância da qualificação no modelo de residência médica aliada ao tempo de prática do profissional. Levando-se em conta que o médico de família e comunidade tem o tempo como ferramenta essencial à sua prática, indaga-se quais os motivos que justifiquem essa associação, se o aperfeiçoamento

e/ou a experiência profissional após a residência médica, por exemplo, traduzem-se em mais habilidades clínicas e epidemiológicas voltadas para a essa competência em específico.

No contexto prático da formação do médico de família e comunidade, é premente a incorporação desse profissional nas atividades diretamente relacionadas à Orientação Comunitária. Nesse sentido, cabe à preceptoria oportunizar que o residente ultrapasse os limites do consultório para, de fato, viver a interdisciplinaridade do cuidado em saúde. Espera-se que o ambiente de formação do médico de família e comunidade esteja verdadeiramente propício ao desempenho, idealmente, de todas as competências de abordagem comunitária estabelecidas no currículo da especialidade, em constante simbiose com o território e com as famílias que dela fazem parte.

Portanto, sugere-se que o profissional em formação específica em MFC seja incluído, desde o início da residência médica, em atividades que permitam-no compreender o contexto e os determinantes sociais de saúde da comunidade que assiste. Isso perpassa a participação nos conselhos locais de saúde; a realização do diagnóstico situacional do território de abrangência da eSF; o desenvolvimento de ações educativas, levando-se em consideração os princípios da Educação Popular em Saúde; e que ele se torne instrumento da comunidade para a promoção do empoderamento social.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353–364, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.08522012.
- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 157–172, 2007. DOI: 10.5712/rbmfc3(11)334.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 18 dez. 2019.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira orientadora de serviços do SUS-BH. Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde; v. 9).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2011a. (Coleção Para Entender o SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção I, p. 48–54, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017. Seção I, p. 68–76, 2017.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. (Atualizada até a EC n. 101/2019).

CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, Evanston, v. 105, n. 4 pt 2, p. 998–1003, 2000.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000900015.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)828.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229–3240, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800022.

COTTA, R. M. M. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: UFV, 2013.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n. 11, p. 1864–1874, 2004. DOI: 10.2105/AJPH.94.11.1864.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633–641, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300012.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317–321, 2004. DOI: 10.1590/S1519-38292004000300012.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014.

FURTADO, M. C. C. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 554–561, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493–546.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006a. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800013.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, p. 156, 2006b. DOI: 10.1186/1472-6963-6-156.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1399–1408, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.26672015.

IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300016.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415–4423, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200014.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323–334, 2011. DOI: 10.1590/S1519-38292011000300013.

LERMEN JÚNIOR, N. (Org.). **Currículo baseado em competências para a medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Managed Care**, Langhorne, v. 18, n. 6, p. 44–48, 2009.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365–371, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.02992013.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033–2046, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014197.17322013.



MULLAN, F.; EPSTEIN, L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 92, n. 11, p. 1748–1755, 2002. DOI: 10.2105/ajph.92.11.1748.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.

OLIVEIRA, V. B. C.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30–36, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OPAS/OMS Brasil - OPAS/OMS Brasil**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0). Acesso em: 20 abr. 2021.

PAULA, W. K. A. S. et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 335–345, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000200021.

PAULA, W. K. A. S. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242–248, 2017. DOI: 10.1590/1414-462x201700020113.

PITCHON, A. et al. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2013.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.14282016.

REICHERT, A. P. S. et al. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119–127, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.05682014.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 610–617, 2016. DOI: 10.1590/1982-0194201600086.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161, 2001. Disponível em: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>. Acesso em: 5 mar. 2020.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 122–128, 2014. Número especial. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600018.

SIMAS, K. B. F. et al. A residência de medicina de família e comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–13, 2018. DOI: 10.5712/rbmfc13(40)1687.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00132114.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Suplemento, p. s148–s158, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300019.

VITORIA, A. M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285–293, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)832.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. 1961. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, New York, v. 73, n. 1, p. 187–212, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359390/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

WONCA EUROPE. **The European definition of General Practice/Family Medicine**. Ljubljana: WONCA European Council, 2011. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “QUALIFICAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que há evidências de que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm baixo desempenho em Orientação Comunitária, isto é, são pouco orientados para as necessidades da comunidade. Nesta pesquisa pretendemos verificar se há associação entre a qualificação médica em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você responderá um questionário online. Para ter acesso ao questionário, você deverá concordar com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, clicando na opção “Li e concordo com os termos de participação”. Caso não queira participar da pesquisa você terá a opção “Li e não concordo com os termos de participação”. Escolhendo esta última opção, você será automaticamente excluído da pesquisa.

Suas respostas contribuirão e subsidiarão a construção da pesquisa. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, como aquele de identificação da pessoa ao enviar o e-mail, porém o pesquisador terá o cuidado com as informações que serão enviadas codificando as respostas aos questionários, sendo o pesquisador a ÚNICA pessoa a acessar o e-mail particular da pessoa e ter acesso aos dados. A técnica a ser empregada durante a pesquisa será apenas para a coleta de informações por meio de questionário *online* via e-mail, isto é, não será utilizado nenhum procedimento invasivo ou experimental. O pesquisador não vai divulgar seu nome e nem da instituição.

Você poderá sentir incômodo ou constrangimento em responder as perguntas, por esse motivo, você poderá de imediato interromper sua participação, sem nenhum prejuízo. Não haverá interferência do pesquisador em nenhum aspecto, psicológico e social, bem como da intimidade do participante. Apesar disso, se você tiver algum dano causado por essa atividade que fizermos com você nesta pesquisa, você terá direito a indenização.

A pesquisa pode ajudar a compreender melhor se a qualificação médica em Medicina de Família e Comunidade contribui para uma melhor Orientação Comunitária e, por conseguinte, a um melhor desempenho da Atenção Primária à Saúde.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai lhe trazer qualquer penalidade. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este termo de consentimento será enviado para o seu e-mail, após o preenchimento do questionário, juntamente com suas respostas, e outra cópia ficará arquivada com o pesquisador

responsável. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

( ) Li e concordo com os termos de participação.

( ) Li e NÃO concordo com os termos de participação.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome do Pesquisador Responsável:** Rodolfo Dias Corrêa

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto:** Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva - UFJF

**CEP:** 36036-900

**Fone:** 31985346135

**E-mail:** [rodolfodicorrea@gmail.com](mailto:rodolfodicorrea@gmail.com)

**Instituição Coparticipante:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / SMSA-BH

**Endereço:** Rua Frederico Brecher Junior, 103, 3º andar, Carlos Prates, Belo Horizonte.

**APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e relativo à formação acadêmica e situação ocupacional de profissionais médicos**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E RELATIVO À FORMAÇÃO ACADÊMICA E SITUAÇÃO OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS**

NÓS VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE VOCÊ

1. Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_
2. Como você se vê em relação a cor da sua pele?

- BRANCA
- PRETA
- PARDA
- AMARELA / INDÍGENA

3. Qual o seu sexo?

- FEMININO
- MASCULINO
- PREFIRO NÃO DIZER

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA FORMAÇÃO E SOBRE A SUA CARREIRA PROFISSIONAL COMO MÉDICO(A)

4. Qual o tipo de instituição de ensino em que você se graduou como médico(a)?

- Pública
- Privada

5. Qual foi o ano da conclusão da sua graduação em medicina? \_\_\_\_\_

6. Em qual centro de saúde você trabalha?

7. Qual a sua equipe de Saúde da Família?

8. Você trabalha no serviço público há quantos anos?

9. Você trabalha na Atenção Primária à Saúde há quantos anos?

\_\_\_\_\_

10. Você trabalha na Estratégia Saúde da Família há quantos anos?

\_\_\_\_\_

11. Você trabalha na atual equipe de Saúde da Família há quantos anos?

\_\_\_\_\_

12. Qual a sua carga horária de trabalho semanal (para todos os seus vínculos além da Estratégia Saúde da Família)?

\_\_\_\_\_

13. Qual o seu tipo de vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para o trabalho na Estratégia Saúde da Família?

Estatutário (concurado)

Contrato de trabalho por tempo determinado

14. Identifico-me com o meu trabalho na Estratégia Saúde da Família

Concordo totalmente

Concordo em parte

Indiferente

Discordo em parte

Discordo totalmente

15. Você realizou residência médica em Medicina de Família e Comunidade?

Não

Sim. Por favor, informe o ano de conclusão: \_\_\_\_\_

16. Você realizou outra(s) residência(s) médica(s)?

Não

Sim. Por favor, informe o(s) nome(s) e ano(s) de conclusão \_\_\_\_\_

17. Você realizou curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade?

Não

Sim. Por favor, informe o ano de conclusão: \_\_\_\_\_

18. Você realizou curso(s) de especialização em outra(s) área(s) médica(s)?

Não

Sim. Por favor, informe o(s) nome(s) e ano(s) de conclusão:

\_\_\_\_\_

19. Você tem título de especialista em Medicina de Família e Comunidade?

Não

Sim. Por favor, informe o ano de obtenção do título: \_\_\_\_\_

20. Você possui pós-graduação stricto sensu (mestrado, doutorado)?

Não

Sim

21. A área da sua pós-graduação stricto sensu é relacionado à Atenção Primária à Saúde ou à Estratégia Saúde da Família?

Não

Sim

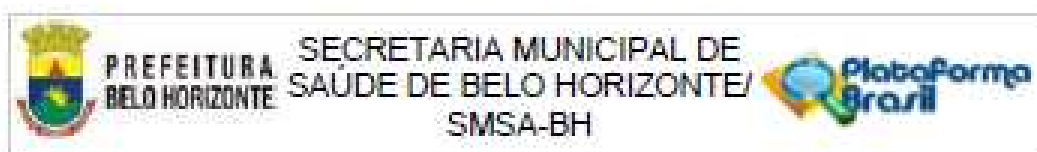
**ANEXO A – PCATool Brasil versão profissionais (Seção H – Orientação Comunitária)**

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS REFERENTES AO SEU TRABALHO COMO MÉDICO(A) DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. PARA CADA PERGUNTA, POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIFICAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

**Pesquisador:** RODOLFO DIAS CORREA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28640320.2.3001.5140

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

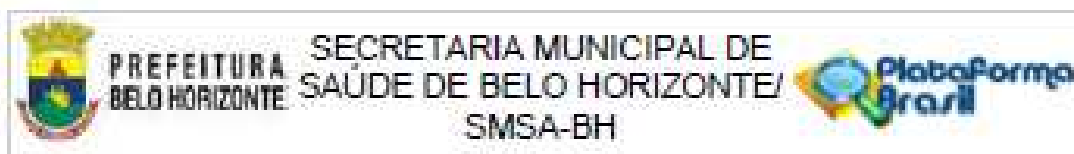
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.224.384

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como cenário a Atenção Primária à Saúde municipal de Belo Horizonte. O estudo será desenvolvido na APS de Belo Horizonte, constituída por 151 Centros de Saúde e 589 equipes de Saúde da Família (eSF). Utilizamos como referência para o cálculo amostral o estudo de ALENCAR et al., 2014, usando, para profissionais, percepção média positiva de 22% (resposta quase sempre e sempre) para as questões que envolvem orientação comunitária. Erro máximo de 5% e nível de confiança de 95%. Dessa forma, os valores estimados para o cálculo amostral da população alvo desse estudo são 142 profissionais médicos efetivos atuantes na APS municipal de Belo Horizonte, escolhidos aleatoriamente. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de questionário online levando em consideração o atual cenário epidemiológico de pandemia de COVID-19 e necessidade de priorizar o isolamento social. Os sujeitos da pesquisa serão recrutados por meio de contato online. Aos centros de saúde cujos profissionais médicos das equipes de Saúde da Família forem selecionados aleatoriamente, será enviado um email contendo uma carta convite direcionada aos médicos das equipes de Saúde da Família selecionados (APÊNDICE A) para explicar a motivação do estudo, bem como seu objetivos, metodologia e benefícios. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o questionário online também serão enviados por email. Ao aceitar participar voluntariamente da pesquisa, o(a) médico(a) manifestará seu acordo com o TCLE clicando na opção "LI e concordo com os termos de

Endereço: Rua Frederico Brucher Júnior, 10307 andaraia 302  
 Bairro: Pádua Esdráquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-8309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Protocolo: 4.234.364

participação" e, a seguir, será direcionado ao questionário. Caso não concorde em participar do estudo, o(a) médico(a) poderá marcar a opção "Li e não concordo com os termos de participação" e, automaticamente, será excluído da pesquisa. O questionário será disponibilizado online por meio da plataforma Google Formulários, contendo questões autoaplicáveis, relativas ao perfil sociodemográfico e profissional dos médicos e relativas à orientação comunitária. Para a caracterização dos profissionais entrevistados, o referido questionário conterá uma primeira sessão (APÊNDICE C) com questões elaboradas pelos autores, relacionadas aos aspectos sociodemográficos (idade; sexo; cor de pele) e relativas à formação acadêmica (tipo de instituição de graduação em medicina, se pública ou privada; ano da graduação; presença ou ausência de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC); presença ou ausência de especialização em MFC; presença ou ausência de Título de Especialista (TE) em MFC; presença ou ausência de residência médica em outras áreas médicas; presença ou ausência de especialização em outras áreas médicas) e à situação ocupacional (centro de saúde em que trabalha como médico(a) da ESF; tempo de trabalho no serviço público, na APS, na ESF e na atual ESF; carga horária semanal; tipo de vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, se estatutário ou contrato de trabalho por tempo determinado). Para a avaliação da extensão e do desempenho da Orientação Comunitária, o questionário conterá uma segunda sessão (ANEXO A) com 6 perguntas do componente Orientação Comunitária do Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCA Tool) Brasil – versão Profissionais, validado para o idioma português (HARZHEIM et al., 2010). As respostas para cada item são com base na escala Likert. O escore final é calculado pela média aritmética simples e, transformado numa escala de 0 a 10.

**Critério de Inclusão:**

- Ser profissional médico graduado com atuação mínima de 1 ano na mesma equipe de Saúde da Família (ESF);
- Concordância do participante em participar da pesquisa a partir da leitura e aceitação do TCLE.

**Critério de Exclusão:**

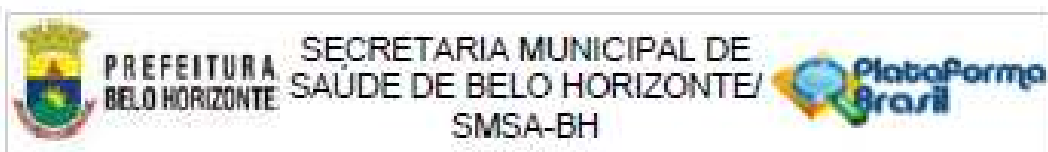
O critério de exclusão é ser médico da atual equipe de Saúde da Família há menos de um ano.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Hipótese:**

Os baixos escores de orientação comunitária encontrados na literatura podem impactar na situação de saúde das comunidades. Afinal, os serviços APS do SUS devem ter os usuários como aliados no planejamento das ações em saúde que envolvam a prevenção, promoção e recuperação

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 10327 andaraia 300  
 Bairro: Padre Euzébio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31) 3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Protocolo: 4.224.264

dos agravos, objetivando, dessa forma, a autonomia e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (PAULA et al., 2017). Buscam-se, portanto, estratégias de otimizar o desempenho desse atributo tão importante para a efetivação da APS, tal como a qualificação do profissional médico para o trabalho nesses serviços. A residência de Medicina de Família e Comunidade ocupa espaço estratégico nesse cenário a partir da formação médica qualificada baseada em competências curriculares, entre as quais se destaca a abordagem comunitária (SBMFC, 2015). Apesar da relevância desse profissional para a efetivação da APS, a literatura nacional ainda registra poucos estudos na área. Existe, portanto, a necessidade de se conhecer o impacto da formação de médicos de família e comunidade sobre o desenvolvimento da Orientação Comunitária, dessa forma, fortalecendo e consolidando uma APS de qualidade.

**Objetivo Primário:**

Verificar a associação entre qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte.

**Objetivo Secundário:**

Verificar a presença e a extensão da Orientação Comunitária na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte segundo aspectos sociodemográficos, relativos à formação acadêmica e à situação ocupacional de médicos atuantes na ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Benefícios:**

Os resultados têm potencial de desenvolver evidências relevantes para a educação médica, para a Atenção Primária à Saúde e para a comunidade assistida pelas equipes de Saúde da Família.

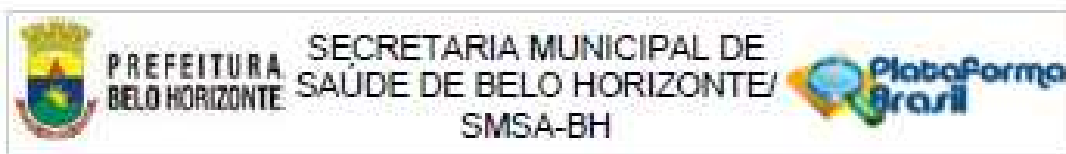
Os resultados serão enviados para publicação em periódicos da área de Ciências da Saúde, especificamente, Medicina e Saúde Pública.

Considerando a casuística atendida, o potencial para desenvolvimento de evidências relevantes é alto, o que preferencialmente poderá ser demonstrado em publicações em periódicos de alto impacto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar no processo de conhecimento da associação entre qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade e o grau de Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais médicos atuantes na

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 10327 andaraia 302  
 Bairro: Padre Euzébio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31) 3277-5000 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Protocolo: 4.234.384

Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, no entanto, em atenção à Declaração de Emergência em Saúde Pública Internacional da Organização Mundial de Saúde, de 30 de janeiro de 2020, à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria nº 188, de 04 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, e ao reconhecimento da situação de calamidade pública, pelo Decreto Legislativo nº 6, de 18 de março de 2020 e o disposto no artigo 4º do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte entende que neste é preciso ponderar em relação às características da disseminação da doença em cada população e seu cenário epidemiológico para somente a partir destas considerações é ser possível planejar as pesquisas nestes tempos excepcionais. Sobretudo, devemos estar atentos à segurança de pesquisadores e participantes envolvidos nas pesquisas, para que todos estejam suficientemente protegidos para que não sejam veículos de transmissão da doença, considerando que boa parte dos infectados são assintomáticos.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

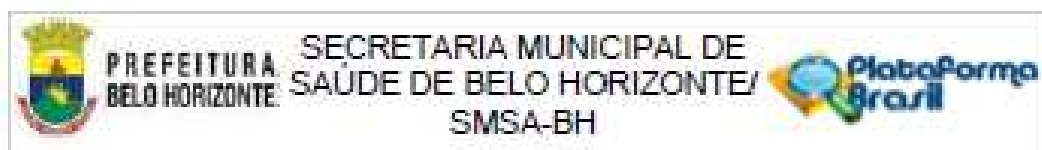
Foram anexados ao projeto os seguintes documentos e informações:

- Folha de Rosto (completa e com assinatura do pesquisador responsável e da instituição proponente);
- Termo de Anuência Institucional (26/12/2019);
- Instrumentos de Coleta de Dados;
- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O modelo apresentado foi redigido de forma clara e acessível aos participantes e com os endereços dos Comitês de Ética.
- Não foi postado Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Em resposta à pergunta “Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?” o Pesquisador declarou negativamente, vide “PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1550943\_E1.pdf”.

#### Recomendações:

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: [aceds.pesquisa@pbh.gov.br](mailto:aceds.pesquisa@pbh.gov.br).

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1033ª andar/sala 302  
 Bairro: Pedro Ludovico CEP: 30.700-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)



Continuação do Parecer: 4.224.394

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto **QUALIFICAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

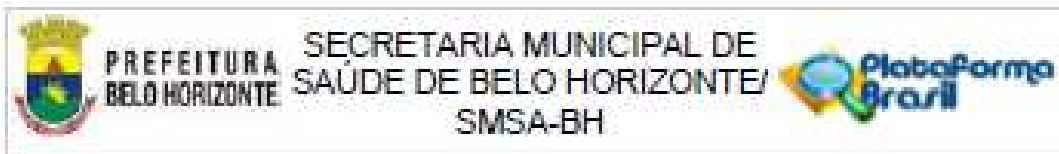
Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: [aceds.pesquisa@pbh.gov.br](mailto:aceds.pesquisa@pbh.gov.br).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	APENDICE_C_Questionario_Profissionais_Jul_2020.pdf	08/07/2020 20:58:01	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_Projeto_Final_Jul_2020_Rodolfo_Correa.pdf	08/07/2020 20:57:15	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito
Outros	APENDICE_A_Carta_convite aos Profissionais Médicos da ESF.pdf	08/07/2020 12:51:43	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE.pdf	08/07/2020 12:38:25	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1033F andar/sala 303  
 Bairro: Padre Euzébio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31) 3277-5330 E-mail: [ceep@pbh.gov.br](mailto:ceep@pbh.gov.br)



Continuação do Parecer: 4.234.504

Outros	ANEXO_A_PCATDOL_VERSAO_PROF ISSIONAIS.pdf	08/07/2020 12:35:52	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_3999879.pdf	08/07/2020 12:30:14	RODOLFO DIAS CORREA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Agosto de 2020

---

Assinado por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Brocher Junior, 1033F andaraia 302  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5303 E-mail: coep@pbh.gov.br