

# Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família

*Association between the qualification in Family and Community Medicine and the community orientation of the Family Health Strategy*

Rodolfo Dias Corrêa<sup>1</sup> [rodolfodicorrea@gmail.com](mailto:rodolfodicorrea@gmail.com)

Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>1</sup> [isabel.leite@ufff.edu.br](mailto:isabel.leite@ufff.edu.br)

## RESUMO

**Introdução:** A orientação comunitária apresenta, em estudos de avaliação dos atributos da atenção primária à saúde, baixa performance entre os usuários. Questiona-se, em especial, se a qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade (MFC) contribui para a otimização desse desempenho.

**Objetivo:** Este estudo teve como 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:** Trata-se de estudo censitário que 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. Utilizou-se 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. O maior tempo de formação em MFC na modalidade residência médica correlacionou-se com maior 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:** In studies evaluating the attributes of Primary Health Care, Community Orientation has shown weak performance among users. In particular, questions remain over whether professional qualification in Family Practice (FP) helps optimize 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 a satisfactory level of Community Orientation. There was a correlation between time of completion of medical residency in FP and a high Community Orientation score.

**Conclusion:** Qualification in FP does not itself determine a high degree of Community Orientation. Longer training in FP medical residency was correlated to better performance of this derived attribute.

**Key words:** Health Care Evaluation Mechanisms; Family Health Strategy; Family Practice; Professional Qualification; Community Participation.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.  
Editora associada: Ana Cláudia Santos Chazan.

Recebido em 26/09/2021; Aceito em 02/12/2021.

Avaliado pelo processo de double blind review.

## 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 na 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 (ESF) 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) e 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 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, efetua pesquisa na comunidade para identificação dos problemas de saúde e convida o usuário e/ou a família dele para participar do Conselho Local de Saúde.

Inúmeros estudos avaliaram a qualidade e a extensão da APS internacional e da 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<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 de os 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 realizadas pelas equipes de saúde e na 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 a qualificação profissional em MFC 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

Trata-se de estudo transversal, desenvolvido por censo<sup>20</sup> em Belo Horizonte, em Minas Gerais, que possui coberturas de APS e de ESF de 89% e 100%, respectivamente. A população-alvo deste estudo foi composta por médicos da ESF das nove regionais sanitárias. 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 da *coronavirus disease 2019* (Covid-19) e da necessidade de priorizar o isolamento social, foi elaborado um questionário eletrônico na plataforma Formulários Google<sup>21</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, realizaram-se três contatos consecutivos por meio de *e-mail* da unidade, em intervalos de 15 dias. O estudo foi conduzido no período de 1º de setembro de 2020 a 30 de novembro de 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 (de H1 a H6) do componente orientação comunitária do instrumento PCATool Brasil, versão profissionais<sup>9</sup>.

As respostas possíveis para cada item de orientação comunitária do PCATool baseiam-se 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 desse componente para esse entrevistado. Se 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” em valor “2” (“provavelmente não”). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Um escore superior ou igual a 6,6 corresponde à orientação comunitária satisfatória do serviço/equipe avaliado<sup>9</sup>.

## Análise dos resultados e estatística

As respostas foram armazenadas no aplicativo Google Planilhas<sup>22</sup> e, posteriormente, processadas pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS)<sup>®</sup>, versão 15.0<sup>23</sup>. Obtiveram-se 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 (<sup>ρ</sup>), medida do grau de correlação entre duas variáveis de escala métrica. Esse coeficiente assume valores entre -1 e 1, em que um  $\rho = 1$  significa correlação perfeita entre as duas variáveis, e um  $\rho = -1$  significa uma correlação negativa<sup>24</sup>. Foi adotado um nível de significância de 5%.

## Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 28640320.2.3001.5140, com data de aprovação em 19 de agosto de 2020.

## RESULTADOS

Ao todo, 127 (38%) participantes de 80 centros de saúde da capital mineira deram retorno ao questionário *on-line*, porém dois se recusaram a responder a ele. 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 (n = 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 Medicina de Família e Comunidade – SBMFC (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; nove (7%) fizeram pós-graduação *stricto sensu*, dos quais oito (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) e 6,8 (DP  $\pm$ 4,9), respectivamente; e 79 (63%) concordaram totalmente quando perguntados se se identificavam com o trabalho na ESF.

A avaliação satisfatória do atributo orientação comunitária, na perspectiva dos profissionais médicos da APS de Belo Horizonte, atingiu o escore médio de 7,9 (DP  $\pm$ 1,2), evidenciando alto grau de orientação para APS. Os valores mínimo e máximo do atributo em questão foi de 5 e 10, respectivamente. Dos médicos, 12% perceberam baixo escore, ao passo que 88% perceberam alto escore.

Na Tabela 1, 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.

Conforme apresentado na Tabela 2, constata-se que nenhuma variável independente encontrou associação estatisticamente significativa com a orientação comunitária satisfatória (escore  $\geq$  6,6).

Apenas o tempo de conclusão da residência médica em MFC apresentou correlação estatisticamente significativa com escore do atributo orientação comunitária (Gráfico 1).

## DISCUSSÃO

Este estudo foi o primeiro de 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 à de outros estudos nacionais que avaliaram a percepção de outras categorias profissionais, incluindo enfermeiros e cirurgiões-dentistas, atuantes na ESF<sup>2,17,18,25-33</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 descritos na literatura<sup>34</sup>, é tendência encontrar superioridade da

**Tabela 1.** Distribuição das respostas dos profissionais médicos das eSF aos itens que compõem o atributo orientação comunitária, Belo Horizonte, 2020.

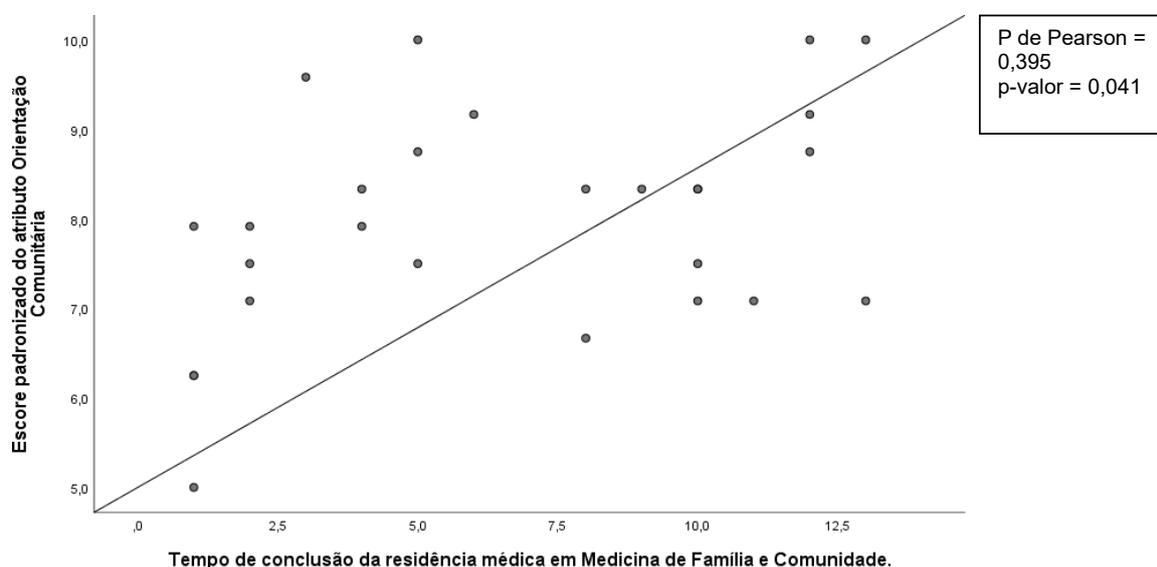
Orientação comunitária (H)	Média ( $\mu$ )	Com certeza sim	Provavelmente sim	Com certeza não	Provavelmente não	Não sei/ Não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	9,98	123 (98,4)	2 (1,6)	0	0	0
H2 – Você crê que o seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	8,43	50 (40)	69 (55,2)	0	5 (4)	1 (0,8)
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	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?	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?	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)?	9,09	81 (64,8)	26 (20,8)	3 (2,4)	3 (2,4)	12 (9,6)

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Tabela 2.** Percepção sobre o atributo orientação comunitária, segundo variáveis sociodemográficas, de formação e atuação profissional de médicos da APS, Belo Horizonte, 2020.

Variáveis		Avaliação insatisfatória < 6,6		Avaliação satisfatória ≥ 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	
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: Elaborada pelos autores.

**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.

percepção profissional em relação à dos usuários da ESF quanto ao atributo em questão<sup>35</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. Esse achado corrobora o descrito no trabalho de Paula et al.<sup>2</sup>, em que esses dois itens tiveram, de modo geral, *performance* inferior. O estudo de Alencar et al.<sup>35</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 a 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 MFC, 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 et al.<sup>34</sup> Minas Gerais State, Brazil, using the Portuguese-language version of the Primary Health Care Assessment Tool among nurses and managers of family health teams. Total PHC score was 0.75 (good 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.

Salienta-se a escassez de trabalhos que analisam a formação específica em saúde da família e MFC e a orientação comunitária. Podem-se observar, contudo, algumas similaridades entre os achados do presente estudo e aqueles que tiveram como objeto de análise o escore geral da APS.

Considerando-se o desfecho escore geral da APS, Chomatas et al.<sup>17</sup> analisaram 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>36</sup> em especial na Atenção Primária à Saúde (APS também não encontraram 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> avaliaram 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 et al.<sup>19</sup> na assistência à saúde infantil ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF, 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% ( $p < 0,05$ ). É 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 médico de família e comunidade e as competências em orientação comunitária dele esperadas, como destacado pela Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar<sup>37</sup>, era de se esperar que a qualificação específica em MFC contribuísse para um alto escore desse atributo. Embora não seja o objetivo deste 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 médicos de família e comunidade atuantes na ESF.

Apesar de a qualificação em MFC não ter se mostrado como preditora 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>38</sup> e pelo Wonca Europe<sup>16</sup> até a da SBMFC no seu atual Currículo Baseado em Competências<sup>39</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. 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 responde a elas, 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 neste estudo. Em primeiro lugar, não foi encontrada a associação entre a qualificação profissional em MFC e o grau de orientação comunitária na perspectiva dos respectivos médicos. Em segundo lugar, 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 neste 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, bem como a relação entre tempo de formação em MFC e desenvolvimento de competências na APS.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rodolfo Dias Corrêa e Isabel Cristina Gonçalves Leite contribuíram igualmente na concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, na revisão crítica e aprovação da versão final. Rodolfo Dias Corrêa contribuiu com a coleta de dados e a redação do manuscrito.

## CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

## FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

## REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVCL, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a 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 Saude Colet*. 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. 4a 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, Brasília*; 22 set 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 out 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*. 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*. 2006;22(8):1649-59.
9. Brasil. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Organização Pan-Americana da Saúde [acesso em 20 abr 2021]. Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-10-2018-paises-todo-mundo-assinam-declaracao-astana-que-traca-caminho-para-alcancar>.
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 Colet*. 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, Batista Filho M, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):335-45.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2a ed. Brasília: Opas; 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. Geneva: 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*. 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*. 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*. 2011;11(3):323-34.

20. Pinto JM, Carvalho TML, Pereira AF, Bernardes RM, Moura AS, Braga FA, et al. Carteira Orientadora de Serviços do SUS-BH: relação dos serviços prestados na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Assessoria de Comunicação Social – Secretaria Municipal de Saúde; 2018.
21. Formulários Google. Crie e analise pesquisas gratuitamente [acesso em 15 fev 2021]. Disponível em: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>.
22. Google LLC. Planilhas Google [acesso em 19 fev 2021]. Disponível em: <https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/>.
23. SPSS Statistics. Visão geral [acesso em 15 fev 2021]. Disponível em: <https://www.ibm.com/br-pt/products/spss-statistics>.
24. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763-8.
25. 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)*. 2020;24(supl 1):e190628.
26. 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 Rev Enferm*. 2016; 20(4):e20160104.
27. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras Prom Saúde*. 2018;31(3):1-13.
28. 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 [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
29. 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 Rev Enferm*. 2016;20(2):275-80.
30. 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*. 2017;11(38):1-13.
31. Ribeiro LA, Scatena JHG. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde Debate*. 2019;43(esp 7):126-40.
32. 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*. 2019;72(1):19-26.
33. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93.
34. 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*. 2015;31(9):1941-52.
35. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):353-64.
36. 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*. 2016;40(4):547-59.
37. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do médico de família e comunidade. *Definição Iberoamericana*. *Wonca*. 2010;1(1):1-3.
38. 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 [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/contribution-general-practitioner-undergraduate-medical-education-1977.pdf>.
39. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015 [acesso em 6 fev. 2021]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.