






Orientação Comunitária: uma revisão integrativa

Community Orientation: an integrative review

Orientación comunitaria: una revisión integradora

Bruno Brunelli^{1,2}, Marcos Filipe Bueno Langkamer², Ana Júlia Santana Dornelas², Maria Júlia Mascarenhas Rodrigues²,
Júlia Guimarães Bernardes²

¹Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil

²Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil

Resumo

Introdução: O atributo de APS “Orientação Comunitária” (OC) envolve um processo contínuo de atendimento às demandas de saúde de uma comunidade definida, utilizando-se de planejamento epidemiológico. Porém, sua definição tem se tornado bastante confusa pois qualquer serviço direcionado a uma comunidade específica termina por ser caracterizado como tal. Pouco parece se produzir sobre a OC no Brasil e no mundo. **Objetivo:** Realizar revisão sistematizada acerca do atributo Orientação Comunitária na literatura nacional e internacional. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando a estratégia PICO para selecionar publicações nas bases de dados PubMed, LILACS, Scielo e CAPES utilizando o descritor OC. **Resultados:** Foram encontrados 44 artigos e após exclusão de artigos repetidos e aplicação dos critérios de inclusão sobraram 9 artigos, 6 nacionais e 3 internacionais, 6 utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Discussão:** Todos os artigos trazem definições similares da OC, destacando a importância da epidemiologia e do contato com a comunidade para a definição de estratégias. Apesar da ESF ser na teoria um serviço orientado à comunidade, os 6 trabalhos nacionais que usaram o PCATool obtiveram baixos escores. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram apenas mencionados em 3 artigos. A discussão sobre novas formas de comunidade não apareceu nesta revisão.

Palavras-chave: Atendimento Básico, Acesso Universal aos Serviços de Saúde, Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Medicina de Família e Comunidade

Autor correspondente:

Bruno Brunelli.

E-mail: dr_brunobrunelli@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares

externa.

Recebido em: 28/10/2020.

Aprovado em: 18/12/2020.

Como citar: Bruno Brunelli B, Langkamer MFB, Dornelas AJS, Rodrigues MJM, Bernardes JG. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2768. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2768](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2768)



Abstract

Scope The attribute of PHC “Community Orientation” (CO) requires a continuous process of meeting the health needs of a defined community using epidemiological planning. However, its definition has become quite confusing since any community-oriented service ends up being classified as CO. Besides, not enough research has been done about it in Brazil nor the world. **Purposes** To conduct a systematic review about the attribute Community Orientation in both national and international literature. **Methodology:** It is an integrative review in which PICO strategy was used in order to find publications in databases such as PubMed, LILACS, Scielo and CAPES using the descriptor CO. Results 44 articles were found and after excluding repeated ones and applying the inclusion criteria, 9 articles remained, of which 6 national and 3 international ones, 6 using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Theoretical Approach:** All articles have similar definitions about CO, highlighting the importance of epidemiology and involvement with the community to better define health strategies. Although, in theory, Brazilian Family Health Strategy (FHS) is a PHC community-oriented service, all 6 Brazilian publications that used PCATool reached low scores. The Community Health Workers (CHW) were only mentioned in 3 articles. The discussion about new shapes of communities did not appear in this review.

Keywords: Primary Health Care, Universal Access to Health Care Services, Health Care Evaluation Mechanisms, Community Health Workers, Family Practice

Resumen

Introducción: El atributo de la APS “Orientación Comunitaria” (CO) implica un proceso continuo de satisfacción de las demandas de salud de una comunidad definida, utilizando la planificación epidemiológica. Sin embargo, su definición se ha vuelto bastante confusa ya que cualquier servicio dirigido a una comunidad específica acaba siendo caracterizado como tal. Poco parece producirse sobre OC en Brasil y en el mundo. **Objetivo:** Realizar una revisión sistemática del atributo Orientación comunitaria en la literatura nacional e internacional. **Metodología:** Se trata de una revisión integradora, utilizando la estrategia PICO para seleccionar publicaciones en las bases de datos PubMed, LILACS, Scielo y CAPES utilizando el descriptor OC. **Resultados:** se encontraron 44 artículos y luego de excluir los artículos repetidos y aplicar los criterios de inclusión, quedaron 9 artículos, 6 nacionales y 3 internacionales, 6 utilizando la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria (PCATool). **Discusión:** Todos los artículos tienen definiciones similares de CO, destacando la importancia de la epidemiología y el contacto con la comunidad para la definición de estrategias. Si bien la ESF es en teoría un servicio orientado a la comunidad, los 6 estudios nacionales que utilizaron el PCATool obtuvieron puntuaciones bajas. Los agentes comunitarios de salud (CHA) solo se mencionaron en 3 artículos. La discusión de nuevas formas de comunidad no apareció en esta revisión.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Acceso Universal a los Servicios de Salud, Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud, Agentes Comunitarios de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como a porta de entrada aos sistemas de saúde, fornecendo atenção integral ao indivíduo e coordenando a atenção oferecida pelos outros níveis de cuidado¹. É sua função levar atendimento o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde².

O conceito de APS surgiu em 1920 com o Relatório Dawson, proposto por Sir Bertrand Dawson a pedido do governo britânico. O relatório dividia o sistema de saúde em níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, visando o fornecimento de saúde de forma abrangente para toda a população¹. Para Sir Dawson³, este nível primário era caracterizado pela delimitação de um distrito com atenção baseada nas necessidades locais e desenvolvida por um médico generalista.

AAPS possui quatro atributos essenciais: integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e acesso e também três atributos derivados: orientação familiar (OF), orientação comunitária (OC) e competência cultural¹. De acordo com Harzheim et al.⁴ os atributos essenciais seriam os atributos definidores, enquanto os demais qualificariam as ações da APS. Em citação direta: “um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados”.

A avaliação objetiva da presença e extensão dos atributos nos serviços de saúde pode ser utilizada para medir a efetividade dos cuidados em saúde primários. No cenário internacional, há crescente associação entre a presença dos atributos e melhores desfechos em saúde. Starfield e colaboradores⁵ desenvolveram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária) para avaliar a qualidade dos serviços de APS. Essa ferramenta permite identificar

aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações⁴. Esse instrumento é de domínio público e foi adotado oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Consiste em um questionário estruturado aplicável a usuários, gestores e profissionais de saúde, tendo sido adaptado e validado em diferentes países como Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai, China, Coreia do Sul, África do Sul e Espanha⁶.

Há ampla literatura sobre a maior parte dos atributos. Porém, o atributo “Orientação comunitária” (OC) ainda é pouco discutido. Talvez porque apesar de poder ser avaliado separadamente dos outros atributos derivados, na prática clínica apresenta-se intimamente relacionado a eles⁴.

As primeiras experiências envolvendo serviços de Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC ou no original: *Community-Oriented Primary Care - COPC*) datam da década de 40 do século passado, inicialmente em comunidades rurais da África do Sul⁷. Os médicos sul-africanos Sidney e Emily Kark, ao desenvolverem o primeiro serviço de APS orientado à comunidade, promoveram inovações nos cuidados primários. Definiram critérios como por exemplo a escolha e a caracterização da comunidade, priorização de necessidades, avaliação detalhada do problema de saúde selecionado, intervenção e avaliação dos resultados. Também selecionaram pessoas nativas para ajudar no trabalho e os treinaram como agentes informais de saúde, tendo como função primária: realizar pesquisas, auxiliar nas atividades do consultório e, gradualmente, treinar novos agentes⁸. Posteriormente, os Karks imigraram para Israel e estabeleceram um programa de ensino e pesquisa associado à Universidade Hebraica, onde treinaram mais de mil médicos, profissionais de saúde pública e epidemiologistas de 75 países diferentes. Isso contribuiu para a propagação da APOC de maneira global. Atualmente, existem nos Estados Unidos mais de 750 centros comunitários de saúde que seguem os princípios criados pelos Karks e que cuidam de mais de 10 milhões de pacientes⁷.

Murphy⁹ também pode ser considerado um pioneiro da APOC ao ter adaptado para a APS muitos dos aspectos propostos pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária (Community Mental Health Movement) conduzidos, em grande parte, pelos psiquiatras Baker e Schulberg¹⁰. O movimento promovia a prevenção primária, o foco nas necessidades da população, a continuidade do cuidado, o envolvimento multidisciplinar, o cuidado integral, a participação do consumidor/paciente e mecanismos de pré-pagamento.

A declaração de Alma Ata da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1978 sobre os cuidados primários em saúde reflete muito dos princípios desenvolvidos pelos Karks e compartilhados por Murphy. Atualmente, a APOC é conceituada como um processo contínuo pelo qual a atenção primária é fornecida para uma comunidade definida com base em suas necessidades de saúde avaliadas através da integração planejada de práticas de saúde pública⁷.

Apesar dos critérios bem estabelecidos pelos Karks e por Murphy, a definição atual de APOC tem se tornado bastante confusa, já que qualquer serviço de cuidados primários que atenda às necessidades de uma determinada comunidade pode ser caracterizado por governos como tal. No Brasil, A Estratégia Saúde da Família (ESF) adota muitas dessas características originais como: os agentes comunitários de saúde (ACS) como trabalhadores pertencentes às comunidades; o estímulo à participação social; a ação intersectorial; a valorização do acolhimento, o trabalho multidisciplinar e o foco nas necessidades da população¹¹. A ESF se construiu tendo como base o movimento da Reforma Sanitária que inspirou e participou ativamente da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A reforma sanitária brasileira apresentava como um de seus elementos constituintes a democratização da saúde e a participação social no estabelecimento de políticas públicas e na gestão¹². Esses princípios estão intimamente relacionados com a ideia de serviços orientados à comunidade.

Com certeza, o componente que fortalece o aspecto de orientação à comunidade da ESF é a figura do Agente Comunitário. Apesar da ampla produção científica no Brasil sobre esses agentes sociais, pouco parece se produzir sobre o conceito de OC em si. Na literatura internacional, a impressão de escassez parece ser a mesma. Faz-se necessário uma avaliação sistematizada da produção científica sobre o atributo OC a fim de produzir substrato para posteriores aprofundamentos sobre o tema.

Metodologia

O presente artigo é uma revisão bibliográfica integrativa realizada entre outubro e novembro de 2019, com análise de artigos que contemplam o conceito e a aplicação do atributo OC na Atenção Primária à Saúde (APS).

A revisão bibliográfica integrativa é considerada uma alternativa mais ampla de revisão bibliográfica, permitindo agregar literaturas teóricas e empíricas, assim como estudos quantitativos e qualitativos, num mesmo texto. Os estudos são analisados de forma sistemática, possibilitando o conhecimento prévio sobre o tema pesquisado¹³.

Etapa 1. Identificação do tema e questão de pesquisa

Para este trabalho o estabelecimento da pergunta norteadora foi realizado por meio da estratégia PICO, em que “P” corresponde a paciente ou problema; “I” corresponde ao fenômeno de interesse; e “Co” ao contexto do estudo¹⁴. Desta forma considerou-se P: Orientação Comunitária; I: Abordagem conceitual pelos autores; Co: Literatura nacional e internacional.

Assim, a pergunta norteadora foi: *Como o desenvolvimento do atributo Orientação Comunitária na APS é abordado na literatura nacional e internacional?*

Etapa 2. Critérios para inclusão e exclusão de estudos e buscas na literatura

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: PubMed/MEDLINE da National Library of Medicine, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos da CAPES entre outubro de 2019 e março de 2020. O descritor principal não foi padronizado conforme a lista da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Bireme já que “Orientação Comunitária” e sua versão em inglês “Community Orientation”, nomes do atributo, não pertencem à lista. Já “Atenção Primária à Saúde” e “Primary Health Care” pertencem e foram utilizados dessa maneira. Assim, os dois descritores “Orientação Comunitária” e “Atenção Primária à Saúde” foram combinados pelo conector “E” no idioma português e pelo conector “AND” no idioma inglês.

A inclusão dos artigos teve como base determinados critérios. O primeiro foi encontrar o termo OC no título do texto, visando maior especificidade. Tendo em vista que o atributo normalmente é apenas mencionado ou superficialmente abordado na discussão de outros atributos em textos gerais sobre APS, visou-se objetivar aqueles que realmente tratassem com maior profundidade o atributo estudado. A abordagem em conjunto com o atributo “Orientação Familiar” (OF) não foi considerada um impeditivo. Outro critério foi a adição de trabalhos que tratassem da OC exclusivamente no âmbito da APS, dado que esse é objeto de estudo do presente artigo. Por fim, foram aceitos todos os formatos de publicações, incluindo editoriais.

Foi considerado critério de exclusão não apresentar pelo menos dois parágrafos focados na discussão a respeito da OC e seus desdobramentos, novamente pela necessidade de encontrar textos que trouxessem uma visão ampla sobre o atributo.

De acordo com Perissé, Gomes e Nogueira¹⁵, o processo metodológico da revisão sistemática já procura limitar o viés de seleção de artigos. Entretanto, os critérios de inclusão e exclusão delimitados neste estudo, apesar de buscarem maior especificidade, podem ter contribuído para este viés. Frisa-se que tal escolha foi deliberada para filtrar aqueles artigos mais pertinentes para a discussão pretendida.

A estratégia de busca utilizada nas bases de dados pode ser visualizada na tabela 1.

O processo de seleção dos artigos está descrito no fluxograma PRISMA na figura 1.

Tabela 1. Recursos informacionais consultados, referências recuperadas e selecionadas

Recursos Informacionais	Referências Recuperadas	Referências selecionadas após análise de título e resumo
PubMed	4	4
LILACS	12	4
Scielo	4	0
Periódico CAPES	14	1
TOTAL	34 artigos	9 artigos

Fonte: Os pesquisadores

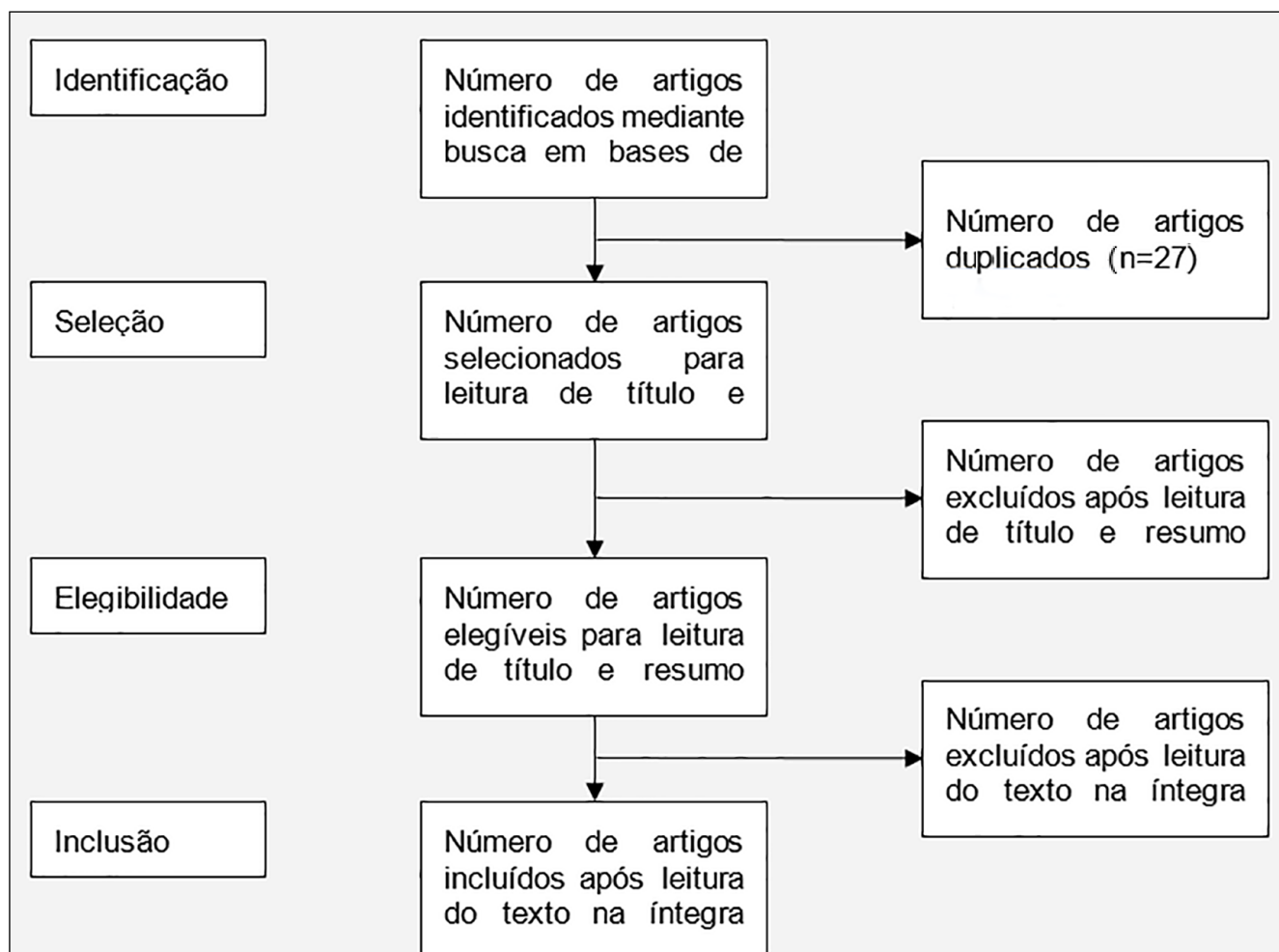


Figura 1.Prisma

Fonte: Os Pesquisadores

Etapa 3. Síntese e extração dos dados

A extração dos dados foi realizada com base no instrumento de Ursi e Galvão¹⁶ que contempla o título da pesquisa, ano de publicação, objetivo, instituição do estudo, autores, metodologia, instrumento para dimensionamento, tamanho da amostra, resultados, conclusões.

Etapa 4 e 5. Avaliação dos estudos e Interpretação dos resultados

Os dados foram ordenados e armazenados em planilhas eletrônicas desenvolvidas no programa Microsoft® Excel 2010. Ganong¹⁷ indica duas formas de desenvolver a análise dos dados: de forma quantitativa e de forma qualitativa. Na primeira forma utilizam-se recursos estatísticos (como por exemplo a análise de variância), o que a torna muito difícil e dependente de um estatístico especializado. Na segunda maneira, há a utilização de normas discursivas qualitativas, como por exemplo a hierarquização das evidências científicas conforme a abordagem metodológica adotada e a explicitação dos vieses. Este estudo conduziu a análise dos estudos de maneira qualitativa.

Resultados

A partir da consideração dos critérios de escolha estabelecidos para análise dos artigos selecionados, confirmou-se a escassez de estudos que abordem de forma direcionada e particular o atributo “orientação comunitária”. Foram encontrados 44 artigos, sendo 27 artigos repetidos. Dos 17 restantes, 6 ou 8 foram excluídos na fase de leitura dos títulos e resumos por não responderem aos critérios de inclusão principalmente por assumirem uma avaliação abrangente e generalizada dos atributos utilizando a ferramenta PCATool, não havendo uma exploração conceitual aprofundada do atributo OC. Houve ênfase sobre os considerados nucleares: “longitudinalidade”, “acesso de primeiro contato”, “integralidade” e “coordenação do cuidado”, mas pouco protagonismo direcionado aos chamados derivados: “competência cultural”, “orientação comunitária” e “orientação familiar”. Sobraram 9 artigos, 6 nacionais em português e 3 internacionais, um em espanhol e dois em língua inglesa. Nenhum desses foi excluído após a leitura dos textos na íntegra.

A sequência dos nove artigos selecionados para esta revisão pode ser visualizada na tabela 2. Do total de publicações, seis são produções nacionais utilizando o PCATool, a maioria (5) utilizando a versão para crianças desse instrumento; dois estão em língua inglesa, e um é um editorial em língua espanhola.

Discussão

Todos os artigos trazem definições bastante similares a respeito da OC, destacando principalmente a importância da epidemiologia e o contato com a comunidade para o conhecimento das suas necessidades de saúde. Tanto Daschevi et al.¹⁸ quanto Tomé²¹ adicionam o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. Paula et al.²² acrescentam que o desenvolvimento da OC pode ser resumido em um ciclo composto pelas seguintes etapas: diagnóstico da comunidade, priorização dos problemas de saúde encontrados, avaliação detalhada do problema, planejamento da intervenção, implementação e avaliação. Santos et al.²⁰ reforçam ainda a importância da participação popular.

Tabela 2. Artigos incluídos. Ano de publicação, Autor, Título, Tipo de Pesquisa e Resumo.

Autor (Ano)	Título	Tipo de Estudo	Instrumento de Avaliação Utilizado	População do Estudo	Contexto
Daschevi et al. ¹⁸ (2014)	Avaliação dos princípios da OF e OC da APS da criança	Pesquisa descritiva de natureza quantitativa	PCATool (versão criança)	Crianças de até 12 anos	Avaliação dos princípios da OF e OC atenção à saúde de crianças em UBS de Londrina, Paraná.
Reichert et al. ¹⁹ (2016)	OF e OC na APS da criança	Pesquisa avaliativa e quantitativa	PCATool (versão criança)	Crianças menores de 10 anos	Identificação do princípio de OF e OC nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário III de João Pessoa
Santos et al. ²⁰ (2016)	OF e OC segundo três modelos de atenção à saúde da criança	Estudo transversal avaliativo e quantitativo	PCATool (versão criança)	Crianças menores de 10 anos	Avaliação dos atributos OF e OC segundo três modelos de APS da criança: UBSs tradicionais, USF e mistos
Tomé (2016) ²¹	Avaliação da Integralidade, Coordenação do Cuidado, OF e OC sob a ótica das internações por condições sensíveis em crianças de 0 até 5 anos	Estudo transversal com abordagem quantitativa	PCATool (versão criança)	Crianças de 0 a 5 anos	Avaliação dos atributos de APS: Integralidade, Coordenação do cuidado, OF e OC oferecidos às crianças < 5 anos internadas por doenças gastrointestinais, asma e pneumonia em dois hospitais de Fortaleza-CE.
Paula et al. ²² (2017)	OC e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da ESF	Estudo transversal	PCATool (versões criança e profissional)	Crianças menores de 1 ano e profissionais de saúde	Avaliação da presença e extensão da OC e do enfoque familiar na APS da criança em unidades da ESF de Pernambuco
Azagra et al. ²³ (2018)	La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer	Editorial	-----	-----	Atitudes que profissionais de saúde da APS devem ou não realizar para incluir a OC nos serviços de saúde
Vermeulen et al. ²⁴ (2018)	Community orientation of general practitioners in 34 countries	Estudo qualitativo e, transversal	Questionário Próprio	Médicos Gerais	Analisar a dimensão da variação da OC entre 34 países e entre mais de 7000 médicos gerais
Rodrigues, et al. ²⁵ (2019)	Avaliação do atributo OC na ótica do usuário adulto da APS	Estudo quantitativo, transversal e avaliativo	PCATool (versão adulto)	Usuários adultos	Avaliação da presença e extensão do atributo OC da APS na perspectiva dos usuários adultos de Juazeiro do Norte-CE.
Tanabe et al. ²⁶ (2019)	Identifying characteristic features of community orientation among community health nurses in Fiji	Estudo qualitativo	Entrevista individual	Enfermeiras, gestores e representantes da comunidade	Identificação de características detalhadas sobre OC entre enfermeiras de saúde comunitária em Fiji

Azagra et al.²³ traz para a discussão o conceito do Ministério da Saúde Espanhol em que a OC aparece como uma forma participativa, interdisciplinar e cooperativa de se organizar a APS: um conjunto de ações com participação da comunidade, orientada a detecção e priorização de suas necessidades e problemas de saúde, identificando os recursos comunitários disponíveis, priorizando as intervenções e orientando programas direcionados a melhorar a saúde da comunidade em coordenação com outros dispositivos sociais e educativos.

Tanabe et al.²⁶ se aprofundam ao enumerar três características principais que garantiriam o sucesso no desenvolvimento desse atributo: a construção sólida de relações confiáveis, o comprometimento e o gerenciamento de atividades. Para os autores, as relações de confiança são essenciais para a compreensão mais abrangente do estilo de vida da comunidade, assim como para tornar perceptível para os usuários o compromisso dos profissionais de saúde com suas tarefas. Para eles, as pessoas respondem de forma mais sincera a respeito das suas reais necessidades quando há forte vínculo criado entre profissionais de saúde e comunidade, facilitando o estabelecimento de prioridades e o gerenciamento das atividades.

Entre os trabalhos nacionais, verifica-se que a apresentação do conceito OC é referenciada, principalmente, a partir da definição de Barbara Starfield encontrada no livro “Primary care: balancing health needs, services and technology” de 1998²⁷, ou em sua tradução para o português “Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia” de 2002¹. A análise comparativa entre as duas versões permite verificar que a tradução do atributo não se dá de forma literal. No original, o termo utilizado é “community orientation”, enquanto, na versão em língua portuguesa, o termo que aparece é “Atenção Primária orientada para comunidade”. A terminologia “orientação comunitária” sequer aparece no texto em português. Santos et al.²⁰ é o único trabalho que faz referência ao trabalho de Starfield no original em inglês.

Com relação aos artigos internacionais, em que o texto de referência de Starfield não é citado, pode-se conferir três situações distintas. Azagra et al.²³ tem como referência para definir OC o trabalho de Jaime Gofin e Rosa Gofin²⁸. No artigo de Tanabe et al.²⁶, OC é citada com uma conotação diferente: um conceito adotado pelas organizações hospitalares nos Estados Unidos para promover a prestação eficaz de serviços com base nas necessidades de saúde da comunidade. Mesmo com essa divergência, Starfield é uma das referências encontradas nessa definição. Por último, Vermeulen et al.²⁴ baseia-se no documento “The European definition of general practice/family medicine” de 2011 para definir OC.

Cabe aqui esclarecer que a ideia de serviços de APS orientados à comunidade não surgiu com Starfield. Porém, dos 9 artigos, apenas 2 apresentaram alguma bibliografia clássica a respeito: Vermeulen et al.²³ citam o trabalho de Kark e Kark⁸ e Tanabe traz os conceitos do Institute of Medicine²⁹ e de Murphy⁹.

Dos nove artigos selecionados, cinco abordaram os atributos OC e OF conjuntamente. Segundo Rodrigues et al.²⁵, o desenvolvimento conjunto desses dois atributos em um serviço de APS auxilia na melhor compreensão dos problemas de saúde da população e aumenta o vínculo dos indivíduos aos serviços de saúde, tornando o cuidado mais efetivo²⁹. Reichert et al.¹⁹ e Tomé²¹ apontam diferenças entre os dois atributos ao pontuar que a OC extravasa a família e recai sobre as características de saúde da comunidade, os recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades, oferecendo uma abordagem mais ampla do que apenas as interações da equipe interdisciplinar com os pacientes ou com suas famílias¹.

Quatro dos seis artigos brasileiros resgatam a relação de derivação que existe entre a OC e a OF com o atributo nuclear “Integralidade”. Rodrigues et al.²⁵, Tomé²¹, Reichert et al.¹⁹ e Santos et al.²⁰ fazem isso de forma direta. Tomé²¹ analisa que quando a integralidade é valorizada no cuidado, a participação tanto

da família como da comunidade são tidas como fundamentais no processo saúde-doença dos pacientes. Reichart et al.¹⁹ aponta a integralidade como sendo alicerce para o entendimento dos indivíduos dentro de seus ambientes. Augusto³⁰ define o atributo como a capacidade do serviço de tratar das questões de saúde a partir de uma perspectiva que vai além dos fatores individuais. Em seu estudo utilizando o PCATool, Rodrigues et al.²⁵, chega a correlacionar uma avaliação ruim para Orientação Comunitária com a avaliação também insatisfatória do atributo Integralidade.

Uma vez que a ESF é tecnicamente um serviço de APS orientado à comunidade, é compreensível que estudos nacionais apresentem um protagonismo em querer observar como o atributo está desenvolvido. Seis artigos brasileiros utilizaram o questionário PCATool para avaliar o atributo OC.

A parte do PCATool dedicada a esse atributo apresenta as seguintes perguntas: “Alguém no serviço de saúde/ou médico/enfermeiro’ faz visitas domiciliares?”; “O seu ‘serviço de saúde/ou médico/enfermeiro’ conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?”; “O seu ‘nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro’ ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?”; “ Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?”; “Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer”; “Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?”.

As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=0). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente³¹. Assim, no caso do escore para o atributo OC, soma-se todos os valores dos itens questionados para produzir um escore médio. A partir da utilização de uma fórmula específica para transformação de escala, transforma-se os escores obtidos em uma escala de 0 a 10. Considera-se o atributo bem desenvolvido quando ultrapassa-se a nota de corte 6,6.

Na tabela 3, a comparação do escore para o atributo OC entre os 6 estudos brasileiros desta revisão pode ser observada.

Tabela 3. Valores do escore do atributo Orientação Comunitária nos artigos. Autor. Ano. Valor.

Autor	Ano	Valor
Rodrigues et al. ²⁴	2019	3,8
Daschevi et al. ¹⁷	2014	5,462
Tomé et al. ²⁰	2016	3,36
Paula et al. ²¹	2017	6,4
Reichert et al. ¹⁸	2016	5,7
Santos et al. ¹⁹	2016	5,15

Nenhum dos artigos desta revisão apresentou escore bem desenvolvido para o atributo, apontando que a ESF nos serviços avaliados ainda não atingiu a excelência. Em sua revisão sistemática, Prates et al.⁶, demonstraram dados parecidos: apenas 11,11% dos estudos incluídos na revisão apresentavam a OC com escore acima de 6,6. Eles ainda reforçam que a OF e a OC apresentaram sempre os piores desempenhos em todos esses estudos.

Brunelli³² aponta que estudos brasileiros em que o atributo apresenta escore maior que 6,6^{4,33} haviam sido realizados com a aplicação do questionário à profissionais de saúde e não a usuários, o que pode representar um viés de autoconveniência, ou seja, quando os profissionais tendem a sobrevalorizar suas próprias realizações em detrimento da verdade^{4,34}. Apesar do viés, há possibilidade do sucesso ser atribuível à incorporação adequada de alguns princípios típicos da ESF como territorialização, vigilância em saúde, a responsabilização sanitária e a própria figura do Agente Comunitário de Saúde.

Levando a comparação para o cenário internacional, um dos estudos pioneiros utilizando o PCATool, desenvolvido pela Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene em dois condados da Carolina do Sul, nos Estados Unidos, apresentou o atributo como o pior avaliado dentre os atributos de APS³⁴.

Aqui na América Latina, o estudo aplicando o PCATool na cidade de Assunção avaliou a OC como o segundo pior atributo de APS, ficando à frente apenas do atributo "Acesso"³⁵. Em Montevidéu, o atributo foi também classificado como o segundo pior³⁶. Em Hong Kong, OC foi avaliado como o pior dos sete atributos de Atenção Primária, recebendo pontuação abaixo de 4,8³⁷.

A revisão integrativa de D'ávila et al.³⁸ tenta colocar esse cenário mundial em perspectiva. Comparando os escores do PCATool no Brasil e no mundo a partir da leitura de 42 artigos, comparou os resultados em relação a duas médias: a média entre os escores considerados essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e a média geral (os anteriores mais os atributos derivados, incluindo a Orientação Comunitária). O estudo chegou à conclusão que os escores gerais são sempre menores que os essenciais, independente do país e da localidade avaliados, evidenciando a tendência mundial de um baixo desenvolvimento dos atributos derivados.

Era esperado que o Brasil fugisse a essa tendência já que seu modelo de APS, para todos os efeitos, é considerado orientado à comunidade enquanto os modelos dos outros países assumidamente não são. Rodrigues et al.²⁵, Tomé²¹ e Reichert et al.¹⁹ explicam essa incompatibilidade apontando que os profissionais de saúde de APS do Brasil, na prática, não apresentam uma prática orientada à comunidade, não buscam conhecer e identificar os problemas de saúde do território, nem dão a devida importância às realidades locais. Mesmo quando os profissionais procuram realizar pesquisas no território, Daschevi et al.¹⁸ comenta que os usuários não chegam a ter conhecimento delas, já que elas não são feitas de maneira explícita. Por outro lado, Brunelli³² demonstrou que a população até consegue perceber a OC através das visitas domiciliares dos profissionais e das iniciativas para entender os problemas da comunidade.

Obviamente, um dos pontos primordiais dos serviços de APOC é a existência de profissionais vinculados ao território que façam a intermediação entre a comunidade e os serviços de saúde. No Brasil, chamamos esses profissionais de agentes comunitários de saúde (ACS). Foi estranho, porém, encontrar que dos 9 artigos desta revisão, apenas 3 citaram os ACSs. Daschevi et al.¹⁸ são os únicos que apresentam os agentes comunitários como personagens-chave no processo de vinculação entre a comunidade e a equipe. Tomé²¹, menciona-os apenas uma única vez dizendo que as atribuições dos enfermeiros na puericultura, dentre outras coisas, é fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários da Saúde. Rodrigues et al.²⁵, apesar de não escrever sobre isso, oferece a sugestão de realizar novos estudos avaliativos incluindo outros profissionais importantes para o desenvolvimento do atributo, dando como exemplo os agentes comunitários.

Os ACS são ao mesmo tempo trabalhadores e membros da equipe de saúde da família, e usuários e conhecedores das necessidades locais. Funcionam como principal meio articulador entre a comunidade e o serviço de saúde²⁰. Atuam no apoio aos indivíduos, famílias e grupos por meio de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, assim como de ações educativas e de coordenação do cuidado, desenvolvendo interações sociais. Ele expressa dentro da unidade os valores culturais que traz do grupo social ao qual pertence. Mais do que isso: ao desempenhar as atividades intersetoriais, articula os objetivos das políticas sociais do Estado e os valores próprios da comunidade³⁹.

Entretanto, o trabalho do ACS tem sido reavaliado como forma de promover a OC. Levando em consideração a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a presença do ACS foi flexibilizada apenas para áreas de alta vulnerabilidade social⁴⁰. Andrade et al.⁴¹ explicam que essa decisão é embasada no fato de ser difícil a implementação da ESF em áreas economicamente mais desenvolvidas, pois o modelo de visitas domiciliares realizadas por ACS não apresenta boa cobertura nessa situação. Soma-se a isso o fato de que muitos indivíduos inseridos no mercado de trabalho das grandes cidades modernas atuais apresentem pouca ou nenhuma identidade cultural com os territórios onde habitam. São moradores de bairros e cidades-dormitório onde há pouca ou quase nenhuma interação entre os vizinhos. Assim, não vivem em comunidade, já que, conforme Tönnies⁴², só há comunidade onde “seres humanos estejam ligados de forma orgânica pela vontade e se afirmem reciprocamente”.

Todavia, o homem “moderno” não está restrito ao seu local de habitação e os serviços de APS não precisam ser menos orientados a comunidade por não terem a figura do ACS. Os artigos internacionais desta revisão não abordam esses profissionais e é sabido que muitos países com APS forte não contam com qualquer figura parecida. No mundo digital atual, é cada vez mais comum a experimentação de laços comunitários dentro de ambientes cada vez mais variados, inclusive espaços virtuais. E nada dessa discussão atual apareceu na revisão. Falta aos sistemas de saúde a adaptação para esses novos tempos e a organização para conseguir oferecer serviços cada vez mais orientados a esses novos tipos de comunidades.

Conclusão

A atual revisão bibliográfica contou com uma metodologia propositalmente mais restritiva com o intuito de selecionar apenas aqueles artigos mais relevantes para a discussão. Como consequência, muitos artigos que tratam apenas mais superficialmente do atributo ficaram de fora da seleção e isso pode ter representado um viés.

O fato é que a base conceitual a respeito do atributo OC é pequena, porém sólida. Esta revisão, entretanto, demonstrou que ainda é pouco praticada. Os países que optaram por construir serviços orientados à comunidade, como o Brasil, apresentam poucos artigos abordando o tema e ainda um escore ruim naqueles que utilizaram o PCATool como instrumento de avaliação da APS, significando um déficit claro em seu desenvolvimento.

OC significa estimular que provedores de saúde assumam a responsabilidade pela população que atendem, sabendo conciliar habilmente as necessidades de saúde individuais dos pacientes com aquelas da comunidade onde vivem, em equilíbrio com os recursos disponíveis²⁴.

Para que os serviços de APS, no Brasil e no mundo, sejam mais percebidos pelos usuários como orientados à comunidade devem ser mais ativos no processo de interação e participação popular, produzindo pesquisas locais que permitam conhecer melhor as necessidades das comunidades; desenvolvendo estratégias de gestão participativas que estabeleçam as prioridades mais urgentes e construindo formas mais custo-efetivas de intervenção, sempre avaliando os resultados e reorganizando os processos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Contribuição dos autores

Todos os autores se envolveram em todos os processos do estudo e construção do texto.

Agradecimentos

Agradecem a Direção e Coordenação da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília pelo suporte oferecido e encorajamento às atividades de pesquisa

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002. 726 p.
2. World Health Organization [Internet]. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR; 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
3. Dawson BE. Interim report on the future provision of medical and allied services. HM Stationery Office [Internet]. 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>.
4. 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 [Internet]. 2006;22(8): 1649-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X200600080001> doi: 10.1590/S0102-311X200600080001
5. Norman AH, Norman JA. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013;8(29):225-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/838> doi:10.5712/rbmfc8(29)838 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)838](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)838)
6. 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. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(6):1881-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016> doi: 10.1590/1413-81232017226.14282016 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. Am J Public Health [Internet]. 2002;92(11):1748-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.92.11.1748> doi: 10.2105/ajph.92.11.1748. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.11.1748>
8. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. Isr J Med Sci [Internet]. 1983;19(8):707-13. PubMed PMID: 6885360. PMID: 6885360
9. Murphy MJ. The development of a community health orientation scale. Am J Public Health [Internet]. 1975;65(12):1293-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6885360/> doi: 10.2105/ajph.65.12.1293. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.65.12.1293>
10. Baker F, Schulberg HC. The Development of a Community Mental Health Ideology Scale. Community Ment. Health J [Internet]. 1967;3:216-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF01434874> doi: 10.1007/BF01434874 PMID: 24186602 DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01434874>

11. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(5):1499-510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015> doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
12. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese de doutorado na Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007. 300p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/555555555.pdf>
13. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2009;22(4):434-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014> doi: 10.1590/S0103-21002009000400014 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>
14. Karino ME, Felli VE. 1evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Cien Cuid Saude* [Internet]. 2012;11:11-5. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuccidsaude.v11i5.17048> doi: 10.4025/ciencuccidsaude.v11i5.17048. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuccidsaude.v11i5.17048>
15. Gomes MM. Medicina baseada em evidências: princípios e práticas. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2006. 280p.
16. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [tese de mestrado na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 130p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php> doi: 10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456
17. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* [Internet]. 1987;10(1):1-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644366/> doi: 10.1002/nur.4770100103. PMID: 3644366 DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
18. Daschevi JM, Tacla MT, Alves BA, Toso BR, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina cienc. biol. saude.* [Internet]. 2015;36(1):31-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31> doi: 10.5433/1679-0367.2015v36n1p31 DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>
19. Reichert AP, Leônico AB, Toso BR, Santos NC, Vaz EM, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016;21:119-27. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014> doi: 10.1590/1413-81232015211.05682014 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>
20. Santos NC, Toso BR, Collet N, Reichert AP. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2016;29(6):610-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600086> doi: 10.1590/1982-0194201600086 DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600086>
21. Tomé MA. Avaliação da integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária sob a ótica das internações por condições sensíveis em crianças de 0 até 5 anos [dissertação de mestrado na Internet]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2017. 96 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21850>.
22. Paula WK, Samico IC, Caminha MD, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2017;25(2):242-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020113> doi: 10.1590/1414-462x201700020113 DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>
23. Azagra CB, Paz MS, Sepúlveda J. La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer [Community orientation of our practice: Do and do not do]. *Aten. prim* [Internet]. 2018;50(8):451-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30266178/> doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.004>
24. Vermeulen L, Schäfer W, Pavlic DR, Groenewegen P. Community orientation of general practitioners in 34 countries. *Health Policy* [Internet]. 2018;122(10):1070-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30041912/> doi: 10.1016/j.healthpol.2018.06.012 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.012>
25. Rodrigues EM, Bispo GM, Costa MS, Oliveira CA, Freitas RW, Damasceno MM. Avaliação do atributo "Orientação Comunitária" na óptica do usuário adulto da atenção primária [Internet]. *Rev Bras Enferm* 2019;72(3):632-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601> doi: 10.1590/0034-7167-2018-0601 DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601>
26. anabe S, Yanagisawa S, Waqa-Ledua S, Tukana M. Identifying characteristic features of community orientation among community health nurses in Fiji. *Nurs Open* [Internet]. 2019;6(3):1113-23. Disponível em: <http://10.1002/nop2.305> doi: 10.1002/nop2.305 DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.305>
27. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. USA: Oxford University Press; 1998. 452p.
28. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam. Salud Pública* [Internet]. 2007;21:177-85. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200012>

29. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine; 1998. p. 411-12.
30. Araujo JP, Viera CS, Toso BR, Collet N, Nassar PO. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2014; 27(5):440-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400073> doi: 10.1590/1982-0194201400073 DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400073>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde [Internet]. Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capacitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf.
32. Brunelli B, Gusso GD, Santos IS, Benseñor IJ. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [Internet]. 2016; 11(38):1-2. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1241](https://doi.org/10.5712/rbmf11(38)1241) doi: 10.5712/rbmf11(38)1241 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1241](https://doi.org/10.5712/rbmf11(38)1241)
33. Chomatas ER, Vigo A, Marty IK, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [Internet]. 2013; 8(29):294-303. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)828) doi: 10.5712/rbmf8(29)828 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)828)
34. Politzer R, Regan J, Shi L, Starfield B, Xu J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South. Med. J.* [Internet]. 2003;96(8):787-95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14515920/> doi: 10.1097/01.SMJ.0000066811.53167.2E. PMID: 14515920 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000066811.53167.2E>
35. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados-Bañado Sur-Paraguay, 2011. *Saúde Debate* [Internet]. 2012;36:449-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300016> doi: 10.1590/S0103-11042012000300016 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300016>
36. Berterretche R, Sollazzo A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saúde Debate* [Internet]. 2012;36(94):461-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300017> doi: 10.1590/S0103-11042012000300017 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300017>
37. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):397. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-397> doi: 10.1186/1471-2458-10-397 DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
38. D'Avila OP, Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien. Saude. Colet.* [Internet]. 2017;22:855-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016> doi: 10.1590/1413-81232017223.03312016 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>
39. Mendonça MH. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2004;2(2):353-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200009> doi: 10.1590/S1981-77462004000200009 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200009>
40. Silva HP, Meneses MN, Bueno D, Toassi RF. O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica. *Saberes Plurais: Educação na Saúde* [Internet]. 2018;2(3):83-90. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87992>.
41. Andrade MV, Noronha K, Barbosa AC, Rocha TA, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31:1175-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414> doi: 10.1590/0102-311X00130414 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414>
42. Tönnies F. Comunidade e sociedade como entidades típico-ideais. In: Fernandes F. (Org.). *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação* [Internet]. São Paulo: Nacional. Comunidade e sociedade 1973; 1:96-116. Disponível em: <https://casperlibero.edu.br/wp-content/uploads/2014/05/Conceitos-de-comunidade-local-e-regi%C3%A3o.pdf>.