

Acceso potencial a la Atención Primaria de Salud: ¿Qué muestran los datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de Brasil?

Severina Alice da Costa Uchôa¹
Ricardo Alexandre Arcêncio²
Inês Fronteira³
Ardigleusa Alves Coêlho⁴
Claudia Santos Martiniano⁴
Isabel Cristina Araújo Brandão⁵
Mellina Yamamura⁶
Renata Melo Maroto⁷
Anny Karine Freire da Silva⁸

Objetivo: analizar la influencia de indicadores contextuales en el desempeño de los municipios respecto al acceso potencial a la Atención Primaria de Salud en Brasil. **Método:** estudio descriptivo multicéntrico, con datos secundarios de la Evaluación Externa del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención y participación de 17.202 Equipos de Atención Básica. Fue aplicada la prueba ji-cuadrada de proporciones para verificar diferencias entre los estratos de municipios en las dimensiones territorialización, oferta, coordinación e integración. Cuando necesario, fue considerada la Prueba ji-cuadrado con corrección de Yates o la Prueba Exacta de Fisher. Para la variable población, fue aplicada la prueba Kruskal-Wallis. **Resultados:** La mayoría de los participantes era enfermero (n=15.876; 92,3%). Fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios en términos de territorialización (p=0,0000), disponibilidad (p=0,0000), coordinación del cuidado (p=0,0000), integración (p=0,0000) y oferta (p=0,0000), verificándose que los municipios en el estrato 6 tienden a mostrar mejor desempeño en esas dimensiones, con mejor performance en todas las dimensiones analizadas en los estrato 4, 5 y 6. **Conclusión:** fragilidad en los estratos de municipios menores, confirmando iniquidades en el acceso potencial a la Atención Primaria de Salud como retos a la cobertura universal. Se destaca el papel preponderante del enfermero para su alcance.

Descriptorios: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Primeros Auxilios; Cobertura Universal.

- ¹ Estudiante de postdoctorado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Profesor Asociado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.
- ² PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- ³ PhD, Profesor Auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- ⁴ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
- ⁵ MSc, Profesor, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário FACEX, Natal, RN, Brasil.
- ⁶ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.
- ⁷ Estudiante de doctorado, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- ⁸ Especialista en Lectura y Producción de Textos.

Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Acceso potencial a la atención primaria de salud: ¿qué muestran los datos del programa de mejoría del acceso y de la calidad de Brasil?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2672. [Access ____ _ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>.

Introducción

En 2005, los países miembros de la Organización Mundial de Salud (OMS) asumieron el compromiso de alcanzar la meta de cobertura universal de salud prevista en los objetivos del milenio y agenda post-2015 con la intención de mejorar la salud y el bienestar de la población. La cobertura universal se define como acceso y uso oportuno de los servicios considerando la comprensión de las funciones del sistema de salud; agentes de salud disponibles, motivados y calificados; acceso a fármacos y productos de salud esenciales; servicios integrados, de calidad, enfocados en el enfermo; promoción de la salud y control de enfermedades; sistema de información preciso para la toma de decisiones y financiamiento con protección contra los riesgos financieros⁽¹⁾.

Tanto en las 25 naciones más ricas como en las naciones en desarrollo, por ejemplo Brasil, México y Tailandia, y también en aquellas de bajo ingreso como Gana, Filipinas, Ruanda y Vietnam, hay un creciente movimiento en esa dirección⁽²⁾.

En Brasil, la temática del acceso universal y equitativo es una preocupación desde la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988. Esta idea es reforzada por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), en la cual se resalta el potencial para el acceso a la gestión del cuidado integral a través del trabajo multiprofesional, interdisciplinario y en equipo⁽³⁾.

Sin embargo, el acceso ha sido fuertemente marcado por las inequidades sociales, en donde las poblaciones en situación de vulnerabilidad se ven desfavorecidas con un impacto en las condiciones de su salud, haciendo que experimenten más iatrogenias, tengan servicios de peor calidad y sufran más severamente de algunas condiciones de salud continuas, incluso muertes evitables y prematuras. Por lo tanto, se están vislumbrando nuevas formas de organización de los sistemas con perspectivas de cobertura universal real, para alcanzar la equidad y la integralidad de las acciones⁽⁴⁾. Otro desafío es la escasez en la distribución, competencia y composición de recursos humanos, especialmente de médicos, enfermeras y obstétricas⁽⁵⁾. En respuesta al componente más crítico – los médicos – se adaptaron programas de incentivos para proveerlos y calificarlos a través del Programa de Valoración de la Atención Básica y la importación de médicos extranjeros con el Más Médicos para Brasil⁽⁶⁾.

Un avance significativo rumbo al acceso a los servicios de salud con calidad y mejores condiciones de trabajo fue la implantación del primer ciclo del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de

la Atención Básica (PMAQ-AB)⁽⁷⁾. El programa está organizado en cuatro fases: adhesión voluntaria de los gestores municipales; contratación de indicadores de desempeño y asesoramiento por cada Equipo de Atención Básica (EAB); desarrollo con autoevaluación, apoyo institucional y educación permanente; evaluación externa y re-contratación, iniciando un nuevo ciclo de calidad. En la evaluación externa, siete Instituciones Superiores de Enseñanza (IES) investigaron en todo el territorio nacional la verificación *in loco* de la estructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) (censo) y el proceso de trabajo de los Equipos de Atención Básica (EAB) contratados.

La complejidad del paradigma de la cobertura universal ha suscitado estudios teóricos en los últimos años⁽⁸⁾ sobre sus principios y repercusiones en el escenario brasileño y algunos estudios empíricos sobre la APS⁽⁹⁾; la utilización de servicios⁽¹⁰⁾; prácticas de medicamentos⁽¹¹⁾ y educativas⁽¹²⁾.

A pesar de las contribuciones en el tema, todavía son escasos los trabajos de alcance nacional que analicen las relaciones entre contexto, centralidad del trabajo de los profesionales en los equipos y acceso con enfoque en la equidad. El objetivo de este artículo es analizar la influencia de indicadores contextuales en el desempeño de las ciudades en lo que se refiere al acceso potencial a la APS en Brasil, basándose en la evaluación externa del PMAQ-AB. Se discute también la contribución del trabajo de la enfermería.

Tipo de estudio

Es un estudio transversal de cohorte, en el que se utilizan datos nacionales del banco de Evaluadores Externos del PMAQ.

Escenario de la investigación

Es importante destacar que en 2012 el SUS poseía 36,361 Unidades Básicas de Salud, 33,404 Equipos de Salud de la Familia (ESF) con cobertura en 5,297 ciudades. Un total de 17,202 Equipos de Atención Básica (EAB) se adhirieron al PMAQ con un total de 16,566 ESF y 636 no pertenecientes a la Salud de la Familia, se distribuyeron en las 3,944 (70.8%) ciudades, en 14,111 Unidades Básicas de Salud (UBS)⁽⁷⁾.

Población y muestra

La población del estudio está constituida por profesionales vinculados al equipo de la Atención Básica y relacionadas al PMAQ⁽⁷⁾, es decir médicos, enfermeros, dentistas. En cada equipo se seleccionó apenas una unidad para muestra del estudio.

Instrumentos de medida y fuentes de datos

Los cuestionarios con preguntas cerradas estuvieron disponibles en *tablets*, se aplicaron bajo supervisión por entrevistadores que pasaron por un mismo entrenamiento. A continuación, se enviaron al sistema del Ministerio de la Salud por vía electrónica, las IES los evaluó basándose en el protocolo de análisis de la consistencia y se validaron los datos recolectados a través del *software* Evaluador *on-line* de PMAQ-AB. Para el análisis de los datos se incluyeron la caracterización de los entrevistados y cuatro (4) dimensiones de la encuesta del Módulo II – Entrevista con Profesional del Equipo de Atención Básica y Verificación de Documentos en la Unidad de Salud de la Evaluación Externa del PMAQ-AB 1º ciclo ⁽⁷⁾. Se eligieron las dimensiones que los autores consideraron como señales del grado de acceso potencial, las cuales están descritas en el plan de análisis.

Clasificación de las ciudades según las variables de contexto

Se muestra que las ciudades incluidas en el estudio están clasificadas en 6 estratos, considerando el Producto Interno Bruto (PIB) *per capita*, el Porcentaje de la población con plan de salud, o Porcentaje de la población con Bolso Familia, el Porcentaje de la población en extrema pobreza y la Densidad demográfica.

La composición de los estratos tuvo en cuenta, para cada ciudad, la menor puntuación entre el porcentaje de la población con Bolso Familia y el porcentaje de la población en extrema pobreza: estrato 1 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 10 mil habitantes); estrato 2 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 20 mil habitantes; estrato 3 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 50 mil habitantes; estrato 4 – Ciudades con puntuación entre 4.82 y 5.4 y población de hasta 100 mil habitantes; estrato 5 – Ciudades con puntuación entre 5.4 y 5.85 y población de hasta 500 mil habitantes; y ciudades con puntuación menor que 5.4 y población entre 100 y 500 mil habitantes y estrato 6 – Ciudades con población con más de 500 mil habitantes o con puntuación igual o superior a 5.85⁽⁷⁾.

VARIABLES consideradas para evaluar el acceso potencial

Las variables consideradas para evaluar el acceso potencial se presentan descritas en la Tabla 2. La tabla mencionada presenta la dimensión a la que las variables pertenecen, su característica y su naturaleza.

Plan de análisis

Inicialmente se calculó el análisis descriptivo de las características de los estratos de las ciudades, categoría profesional y mediana de profesionales por equipo.

En relación al desempeño de las ciudades en que concierne al acceso, fue medido utilizando cuatro dimensiones del instrumento del PMAQ: territorialización, oferta, coordinación del usuario, integración.

Las variables fueron dicotomizadas en sí y no. Después, se realizó la sumatoria de las respuestas para cada ítem, dividiendo entre el total de la muestra. Se ha recurrido al test quid-cuadrado de proporción para verificar diferencias entre los estratos de ciudades en lo que se refiere a las dimensiones para el acceso potencial. Cuando fue necesario, se utilizó el test quid-cuadrado con corrección de Yates o Test Exacto de Fisher. Para la variable población, se aplicó el test Kruskal-Wallis para verificar diferencias con relación a la mediana de habitantes controlados por áreas.

Posterior al análisis del desempeño de las ciudades dentro de los estratos en relación al acceso, se ha recurrido a la estadística multivariada de Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM), ya que las variables del instrumento eran categóricas.

Para la aplicación del ACM, se siguieron los pasos descritos por Spencer ⁽¹³⁾ y Mingoti ⁽¹⁴⁾, en donde la tabulación de las respuestas generó una matriz en la cual las líneas corresponden a los profesionales de salud participantes y las columnas corresponden a las variables. Posteriormente, se ha transformado la matriz mencionada en una tabla disyuntiva completa (TDC). En la tabla, las columnas representan las características de las variables, en donde la intersección de la línea *i* con la columna *j* da resultado de *x_{ij}*, que vale 0 o 1, indicando si el estrato posee o no la característica.

El mapa perceptual se formó mediante esta técnica, siendo este la representación visual de las variables en dos o más dimensiones. Cada variable tiene una posición espacial en el mapa perceptual, las variables percibidas como similares o asociadas se asignan en puntos próximos en el mapa, mientras que aquellas percibidas como no similares se representan en puntos distantes. Es decir, la proximidad indica la correspondencia entre las categorías representadas en las líneas y en las columnas de la tabla.

El factor línea o columna influye en la construcción de los ejes por medio de su inercia en relación al centro de gravedad. La inercia significa la variación del conjunto de datos ⁽¹³⁾. A partir del ACM fue posible extraer las dimensiones más representativas en términos de inercia, que en el estudio correspondió a las dos primeras. Su

contribución para la inercia se consideró un criterio para la selección de las variables.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características de la muestra de 17,202 equipos reclutados para el estudio según los estratos del PMAQ. Se puede observar que la mayoría de los participantes eran enfermeros ($n=$; %), y muchos de ellos tenían menos de tres años de experiencia.

Entre los modelos de cuidado, en todos los estratos, hay un predominio de Estrategia Salud de la Familia sin salud bucal. De forma general, también se observa una mediana de un (1) profesional médico, enfermero, técnico de enfermería y cirujano-dentista por cada equipo. También se puede constatar que entre las distintas modalidades de atención investigadas, en la mayoría de los equipos identificados, no se le da la posibilidad al usuario de elegir la unidad en que desea buscar asesoramiento.

En la Tabla 2, se verifica el desempeño de las ciudades en cuanto al acceso de los usuarios considerando los estratos establecidos en el PMAQ.

Se verifican diferencias estadísticamente significativas

entre las ciudades de los estratos 1, 2 y 3 con de los estratos 4, 5 y 6, observándose que los profesionales de estos últimos tienen más las cualificaciones ($p=0.0000$).

En cuanto al plan de carrera, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0000$), siendo que las ciudades de los estratos 4, 5 y 6 presentan mejores indicadores; se encontraron valores inferiores en los estratos 1, 2 y 3. También en esos estratos se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en lo que concierne a la política de formación y educación permanente ($p=0.0000$).

Según la Tabla 2, se observan diferencias estadísticamente significativas en términos de cobertura poblacional, ya que los estratos 5 y 6 controlaban un número mediano de personas con acceso bastante mayor que de los estratos 1, 2 y 3. También se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las ciudades en términos de territorialización ($p=0.0000$), disponibilidad ($p=0.0000$), coordinación del cuidado ($p=0.0000$), integración ($p=0.0000$) y oferta ($p=0.0000$), comprobándose que las ciudades que componen el estrato 6 tienden a tener mejor desempeño en esas dimensiones.

Tabla 1- Caracterización de la muestra del estudio, Proyecto PMAQ, Brasil (2012)

Variables	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Categoría profesional n (%)						
Médico	72 (0.42)	59 (0.34)	52 (0.30)	91 (0.53)	143 (0.83)	576 (3.35)
Enfermero	2.058 (11.96)	2.179 (12.67)	2.425 (14.10)	3.119 (18.13)	2.615 (15.20)	3.480 (20.23)
Cirujano Dentista	35 (0.20)	35 (0.20)	50 (0.29)	56 (0.33)	56 (0.33)	101 (0.59)
Tiempo de experiencia n (%)						
Menos de un año	546 (3.17)	693 (4.03)	801 (4.66)	995 (5.78)	830 (4.83)	875 (5.09)
Entre 1 y 3 años	867 (5.04)	966 (5.62)	1.068 (6.21)	1.384 (8.05)	1.133 (6.59)	1.598 (9.29)
> que 3 años	743 (4.32)	608 (3.53)	652 (3.79)	881 (5.12)	843 (4.90)	1.673 (9.73)
No sabe/No respondió	9 (0.05)	6 (0.03)	6 (0.03)	6 (0.03)	8 (0.05)	11 (0.06)
Tipo de equipo n (%)						
Estrategia de Salud de la Familia con salud bucal	1.832 (10.66)	1.798 (10.45)	2.041 (11.86)	2.464 (14.32)	1.767 (10.27)	2.173 (12.63)
Estrategia de Salud de la Familia sin salud bucal	261 (1.52)	398 (2.31)	423 (2.46)	720 (4.19)	942 (5.48)	1.824 (10.60)
Equipo Atención Básica con salud bucal	59 (0.34)	57 (0.33)	45 (0.26)	59 (0.34)	57 (0.33)	51 (0.30)
Equipo Atención Básica sin salud bucal	7 (0.04)	9 (0.05)	11 (0.06)	15 (0.09)	43 (0.25)	39 (0.23)
Otros	4 (0.02)	6 (0.03)	4 (0.02)	7 (0.04)	3 (0.02)	66 (0.38)
No sabe/No respondió	2 (0.01)	5 (0.03)	3 (0.02)	1 (0.01)	2 (0.01)	4 (0.02)
Cantidad mínima de médicos en el equipo de atención básica por UBS ($n= 16,643$)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 11.00	0.00 – 11.00	0.00 – 6.00
Cantidad mínima de enfermeros en el equipo de atención básica ($n=16,643$)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00
Cantidad mínima de cirujano-dentista en el equipo de atención básica ($n=16,643$)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 6.00	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00	0.00 – 6.00	0.00 – 6.00	0.00 – 4.00
Cantidad mínima de técnico de enfermería en el equipo de atención básica ($n=16,643$)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 13.00	0.00 – 10.00	0.00 – 10.00	0.00 – 8.00	0.00 – 20.00	0.00 – 11.00

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variables	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Cantidad mínima de auxiliar de enfermería en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	0	0	0	0	0	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 9.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 6.00	0.00 – 20.00
Cantidad mínima de técnico en salud bucal en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	0	0	0	0	0	0
Valor mínimo y máximo	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 2.00	0.00 – 3.00	0.00 – 8.00
Cantidad mínima de auxiliar en salud bucal en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	0
Valor mínimo y máximo	0.00 – 6.00	0.00 – 7.00	0.00 – 8.00	0.00 – 9.00	0.00 – 8.00	0.00 – 10.00
Cantidad mínima de agente comunitario de salud en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	6	6	7	6	6	5
Valor mínimo y máximo	0.00 – 19.00	0.00 – 50.00	0.00 – 42.00	0.00 – 50.00	0.00 – 56.00	0.00 – 32.00
Permitir que el usuario tenga opción de elegir sobre cual equipo desea que le atienda n (%)						
Sí	219 (1.27)	191 (1.11)	180 (1.05)	161 (0.94)	127 (0.74)	303 (1.76)
No	286 (1.66)	309 (1.80)	303 (1.76)	411 (2.39)	442 (2.57)	1.059 (6.16)
No se aplica	454 (2.64)	539 (3.13)	516 (3.00)	671 (3.90)	355 (2.06)	196 (1.14)
No sabe/No respondió	1.206 (7.01)	1.234 (7.17)	1.528 (8.88)	2.023 (11.76)	1.890 (10.99)	2.599 (15.11)

Tabla 2 - Desempeño de las ciudades para el acceso de los usuarios según estrato, Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos PMAQ						p valor
		1	2	3	4	5	6	
		n (%)						
	Posee o está en formación complementaria (n=17,202)							
	Sí	1.708 (9.93)	1.795 (10.43)	2.050 (11.92)	2.694 (15.66)	2.460 (14.30)	3.642 (21.17)	0,000*
	No	457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
	Posee plan de carrera (n=16,936)							
Calificación Profesional	Sí	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1.810 (10,69)	0,000*
	No	1,877 (11,08)	2,069 (12,22)	2,245 (13,26)	2,647 (15,63)	2,194 (12,95)	2,279 (13,46)	
	Existen acciones de educación permanente que involucre a los profesionales de la atención básica (n=17,113)							
	Sí	1,432 (8,37)	1,596 (9,33)	1,878 (10,97)	2,601 (15,20)	2,481 (14,50)	3,969 (23,19)	0,000*
	No	720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	
	Cuál es el número de personas bajo responsabilidad del equipo							
	Media	2165	2273	2527	3266	2814	4157	0,0001†
	Consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de personas bajo responsabilidad del equipo (n=15,691)							
	Sí	1,024 (6,53)	1,141 (7,27)	1,323 (8,43)	1,705 (10,87)	1,423 (9,07)	2,648 (16,88)	0,000*
	No	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1,265 (8,06)	1,115 (7,11)	1,282 (8,17)	
	Existe una definición de área de alcance del equipo (n=17.150)							
	Sí	2,086 (12,16)	2,197 (12,81)	2,456 (14,32)	3,190 (18,60)	2,763 (16,11)	4,113 (23,98)	0,000*
	No	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
Territorialización	Existe una población descubierta por la atención básica en el entorno del territorio de alcance del equipo (n=17,092)							
	Sí	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1,083 (6,34)	1,391 (8,14)	1,513 (8,85)	0,000*
No	1,783 (10,43)	1,724 (10,09)	1,618 (9,47)	2,170 (12,70)	1,406 (8,23)	2,613 (15,29)		
	Con que frecuencia las personas fuera del área de alcance del equipo son atendidas por este equipo (n=16,855)							
	Todos los días de la semana	900 (5,34)	828 (4,91)	1,001 (5,94)	1,247 (7,40)	1,255 (7,45)	2,152 (12,77)	0,000*
	Algunos días de la semana	966 (5,73)	1,135 (6,73)	1,201 (7,13)	1,502 (8,91)	1,222 (7,25)	1,673 (9,93)	
	Ningún día de la semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)	
	Se escuchan y evalúan las necesidades de los usuarios que llegan espontáneamente (n=17,140)							
	Sí	2,121 (12,37)	2,202 (12,85)	2,442 (14,25)	3,180 (18,55)	2,689 (15,69)	4,078 (23,79)	0,000*
	No	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
	El equipo realiza evaluación de riesgo y vulnerabilidad en el recibimiento de los usuarios (n=13,739)							
Disponibilidad	Sí	1,265 (9,21)	1,385 (10,08)	1,645 (11,97)	2,286 (16,64)	2,050 (14,92)	3,442 (25,05)	0,0066*
	No	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
	La agenda está organizada para la realización de visitas domiciliarias (n=13,951)							
	Sí	1,418 (10,16)	1,628 (11,67)	1,865 (13,37)	2,391 (17,14)	2,253 (16,15)	3,697 (26,50)	0,000*
	No	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,590)	

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Dimensión	Variables	Estratos PMAQ						p valor		
		1	2	3	4	5	6			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
		Mantiene registro de los usuarios de mayor riesgo referidos a otros puntos de atención (n=17,104)								
		Sí	826 b(4,83)	818 (4,78)	1,104 (6,45)	1,474 (8,62)	1,353 (7,91)	2,385 (13,94)	0,000*	
		No	1,310 (7,66)	1,439 (8,41)	1,405 (8,21)	1,785 (10,44)	1,449 (8,47)	1,756 (10,27)		
Coordinación del Cuidado			Existe un documento que comprueba (n=)							
			Sí	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1,206 (15,15)	1,132 (14,22)	1,978 (24,85)	0,000*
			No	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
			Existen protocolos que orienten la priorización de los casos que necesitan ser referidos (n=17,037)							
			Sí	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1,213 (7,12)	1,228 (7,21)	2,907 (17,06)	0,000†
			No	1,558 (9,14)	1,636 (9,60)	1,685 (9,89)	2,036 (11,95)	1,567 (9,20)	1,206 (7,08)	
Integración			Existe una central de regulación (n=17,201)							
			Sí	1,880 (10,93)	2,006 (11,66)	2,239 (13,02)	2,907 (16,90)	2,540 (14,77)	4,027 (23,41)	0,000*
			No	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
			Existe una ficha de referencias de los usuarios a los demás puntos de atención (n=17,201)							
			Sí	1,752 (10,19)	1,828 (10,63)	2,138 (12,43)	2,970 (17,27)	2,615 (15,20)	4,055 (23,57)	0,0000*
			No	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	
Oferta			Recibe suficientes fármacos de la farmacia básica para atender su población (n=17,161)							
			Sí	1,459 (8,50)	1,490 (8,68)	1,722 (10,03)	2,210 (12,88)	1,830 (10,66)	2,898 (16,89)	
			No	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2,077 (6,28)	0,0000*
			No recibe medicinas	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
			Ofrece servicio de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio (n=17,199)							
			Sí	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1,546 (8,99)	
			No	1,929 (11,22)	2,042 (11,87)	2,222 (12,92)	2,885 (16,77)	2,301 (13,38)	2,611 (15,18)	0,0000*
			Realiza visita domiciliaria (n=17,199)							
			Sí	2,146 (12,48)	2,262 (13,15)	2,521 (14,66)	3,253 (18,91)	2,802 (16,29)	4,148 (24,12)	
			No	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)	0,0075*
		Las familias del área de alcance son visitadas con periodicidad de acuerdo con evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad (n=17,132)								
		Sí	1,963 (11,46)	2,069 (12,08)	2,345 (13,69)	2,997 (15,30)	2,621 (15,30)	3,986 (23,27)		
		No	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)	0,0000*	

* p valor estadísticamente significativo (p<0.05)

† Aplicado test kruskal-Wallis

Cuando se realizó la comparación por categorías profesionales (Tabla 3), nuevamente se comprobó una diferencia estadísticamente significativa en donde una mayor proporción tanto de médicos como de cirujanos-dentistas tiende a referir aspectos más positivos de sus unidades que los enfermeros.

Se puede observar que la proporción de enfermeros que tienden a señalar puntos negativos en relación a la organización de sus servicios es mucho mayor que de los otros profesionales.

En la formación complementaria, por ejemplo, mientras que los médicos marcaron 1 "no" para cada 4 "sí" y los cirujanos dentistas casi 1 "no" por cada 3 "sí"; esta proporción fue de prácticamente de 5 entre los enfermeros, lo que fue estadísticamente significativo (p=0.0046). Los programas de desarrollo de carrera también fueron otro punto en el que esa diferencia fue muy significativa (p=0.0000), donde nuevamente la proporción de enfermeros que refirieron la falta de participación fue mucho mayor que las otras categorías.

Cuando se realizó un análisis comparativo del desempeño de la APS en cuanto a los modelos de cuidado, se puede observar un predominio de la Estrategia de Salud de la Familia con o sin salud bucal. Se verificaron diferencias estadísticamente significativas en las variables del plan de carrera, en donde la proporción de los profesionales vinculados a la ESF, que tiene plan de carrera, fue mucho menor que los profesionales agregados en otros modelos de atención (p= 0.0000). De la misma forma, se ha observado una asociación estadísticamente significativa en cuanto a las acciones de educación permanente (p=0.0000), registro de la documentación para los casos referidos a otros servicios (p=0.0462), protocolos para orientar profesionales a referir a otros servicios (p=0.0000) y el uso de prácticas complementarias (p=0.0000). Se observó una diferencia importante en las visitas domiciliarias, en que la ESF presentó una proporción de más visitas comparada con las otras dos modalidades de atención (p=0.0000)

Tabla 3 - Desempeño de la Atención Primaria para acceso del usuario al sistema de salud según la categoría profesional, Brasil, 2012

Variables	Categoría Profesional												P Valor
	Médico				Enfermero				Cirujano Dentista				
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	
Formación complementaria n=17,202	800	4.6	193	1.1	13285	77.2	2591	15.1	264	1.5	69	0.4	0.0046*
Plan de carrera n=17,113	303	1.8	670	4.0	3224	19.0	12412	73.3	98	0.6	229	1.4	0.0000*
Acciones de educación permanente n=17,113	853	5.0	132	0.8	12850	75.1	2951	17.2	254	1.5	73	0.4	0.0000*
Todos usuarios tienen necesidades escuchadas y evaluadas n=17,047	956	5.6	25	0.15	15362	90.1	380	2.2	309	1.8	15	0.1	0.0384*
Equipo realiza evaluación de riesgo en la acogida n=13,730	777	5.6	95	0.7	11066	80.6	1538	11.2	223	1.6	31	0.2	0.5189
Agenda organizada para visitas domiciliarias n=11,473	743	6.5	27	0.2	10013	87.3	480	4.2	201	1.8	9	0.1	0.3815
Usuarios de mayor riesgo cuando encaminados son registrados n=13,658	488	3.6	378	2.8	6261	45.9	6284	46.0	136	1.0	111	0.8	0.0004*
Documento que registre el encaminamiento n= 6,885	377	5.5	111	1.6	5159	75.0	1102	16.0	107	1.6	29	0.4	0.0105*
Protocolos que orienten la priorización de casos de encaminamiento n=13,606	533	3.9	329	2.4	5797	42.6	6704	49.3	129	1.0	114	0.8	0.0000*
Central de regulación para encaminamiento n=17,047	905	5.3	76	0.4	14274	83.7	1468	8.6	292	1.7	32	0.2	0.2347
Fichas para encaminamiento de los usuarios n=17,047	915	5.4	66	0.4	14029	82.3	1713	10.1	294	1.7	30	0.2	0.0001*
Fármacos Suficientes en la Atención Básica para Atender la población n=17,015	606	3.6	373	2.1	10721	63.0	4992	30	205	1.2	118	0.7	0.0000*
Ofrecimiento de prácticas integrativas y complementarias n=17,045	273	1.6	707	4.2	2865	16.8	12877	75.6	46	0.3	277	1.6	0.0000*
El equipo realiza visita domiciliaria n=17,045	977	5.7	4	0.02	15690	92.1	52	0.31	320	1.9	3	0.02	0.1846
Familias del área de alcance son visitas con periodicidad	927	5.5	50	0.3	14636	86.2	1054	6.2	289	1.7	31	0.2	0.0142*

* p < 0.05

Tabla 4 - Desempeño de la Atención Primaria para acceso al usuario según modelo de atención, Brasil, 2012

Actividades	Modelo de Atención												P valor
	ESF (con o sin salud bucal)				Equipo AB				Otro modelo				
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	
Formación complementaria - V23 n= 17185	13883	80.8	2760	16.1	383	2.2	69	0.4	75	0.4	15	0.1	0.3059
Plan de carrera n=16923 v24	3516	21.0	12876	76.1	99	0.6	344	2.0	7	0.1	81	0.5	0.0000*
Acciones de educación permanente n= 17100 v25	13487	78.9	3074	18.0	283	2.2	66	0.4	80	0.5	10	0.1	0.0000*
Todos los usuarios tienen necesidades escuchadas y evaluadas n=16987 v31	16055	94.6	397	2.3	422	2.5	15	0.1	85	0.5	3	0.0	0.1754
Equipo realiza evaluación de riesgo en la acogida n= 13723 v32	11710	85.3	1626	11.8	283	2.1	33	0.2	66	0.5	5	0.1	0.3987
Agenda organizada para visitas domiciliarias n= 11473 v33	10678	93.1	486	4.2	236	2.1	22	1.32	43	0.4	8	0.1	0.3815
Usuarios de mayor riesgo cuando encaminados son registrados n= 13658 v34	6685	50.0	6588	48.2	167	1.2	147	1.1	33	0.2	38	0.3	0.1323
Documento que registre el encaminamiento n= 6885 v35	5483	79.6	1202	17.5	136	2.0	31	0.5	24	0.4	9	0.1	0.0462*

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

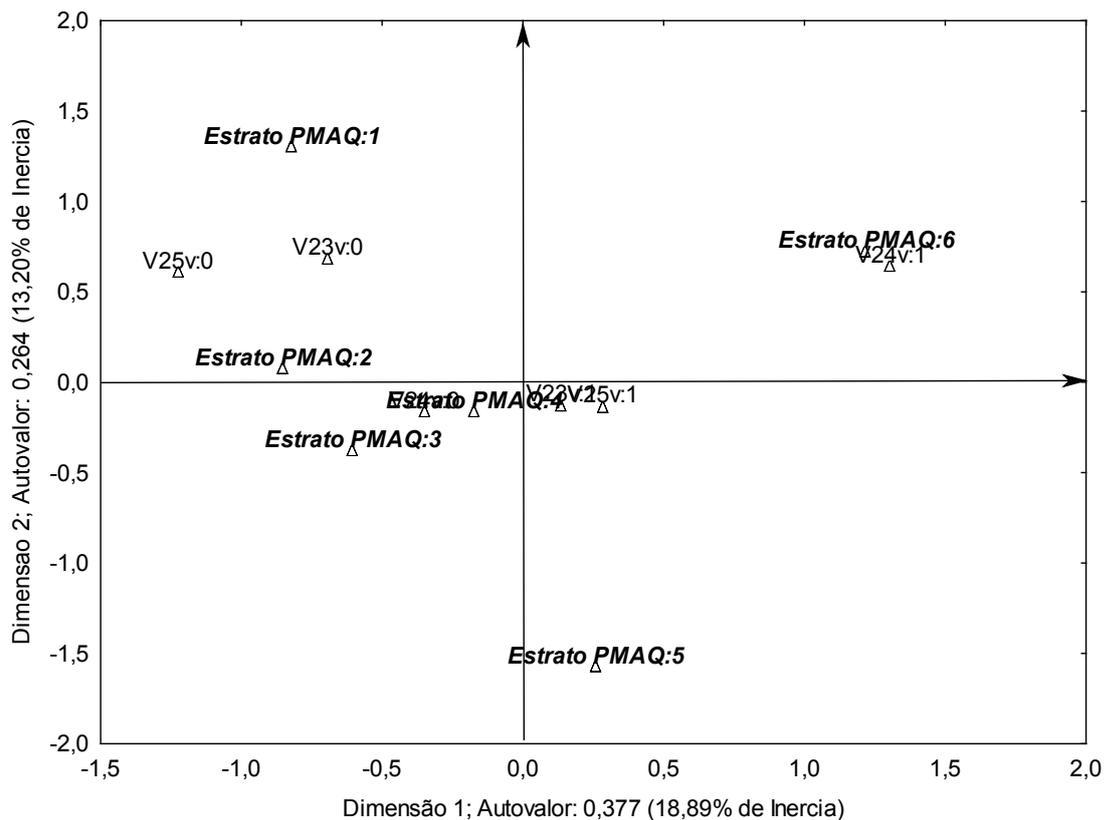
Protocolos que orientan a priorización de casos de encaminamiento n= 13606 v36	6289	46.2	6930	51.0	145	1.1	171	1.3	25	0.2	46	0.3	0.0000*
Central de regulación para encaminamiento n= 17047 v37	12232	90.0	997	7.3	283	2.1	24	0.18	67	0.5	3	0.1	0.6982
Fichas de encaminamiento n= 17047	14782	86.7	1728	10.1	370	2.2	77	0.5	86	0.5	4	0.1	0.0000
V39 Posee/ recibe fármacos n= 17045	11146	59.5	5333	31.3	316	1.9	130	0.8	70	0.4	20	0.1	0.0286
V40 Ofrece prácticas integrativas/ complementarias n= 17045	3082	18.1	13426	78.8	93	0.6	354	2.1	9	0.1	81	0.5	0.0000*
V41 Equipo realiza visita domiciliaria n = 17045	16462	96.6	46	0.3	437	2.6	10	0.1	88	0.5	2	0.1	0.0000*
V42 Familias de áreas de alcance son visitadas n= 16987	15363	90.4	1099	6.5	404	2.4	33	0.2	85	0.5	3	0.1	0.1092

*p< 0.05

Por medio del Análisis de Correspondencia Múltiple, se obtuvo el mapa perceptual presentado en la Figura 1 en el cual se observa que el mapa puede ser dividido en cuadrantes; en los cuadrantes del lado derecho se muestran las ciudades que presentaron mejores indicadores en términos de calificación que aquellos del lado izquierdo.

Esta figura demuestra que las ciudades que

componen los estratos 5 y 6 presentan mejores indicadores en lo que se refiere a la formación de sus profesionales de salud; las ciudades que están concentradas más al centro presentan valores regulares. Por lo tanto, tuvieron algunos indicadores satisfactorios y otros no tan satisfactorios, y las ciudades de los estratos 1 y 2 tuvieron indicadores menos satisfactorios en ese ítem.



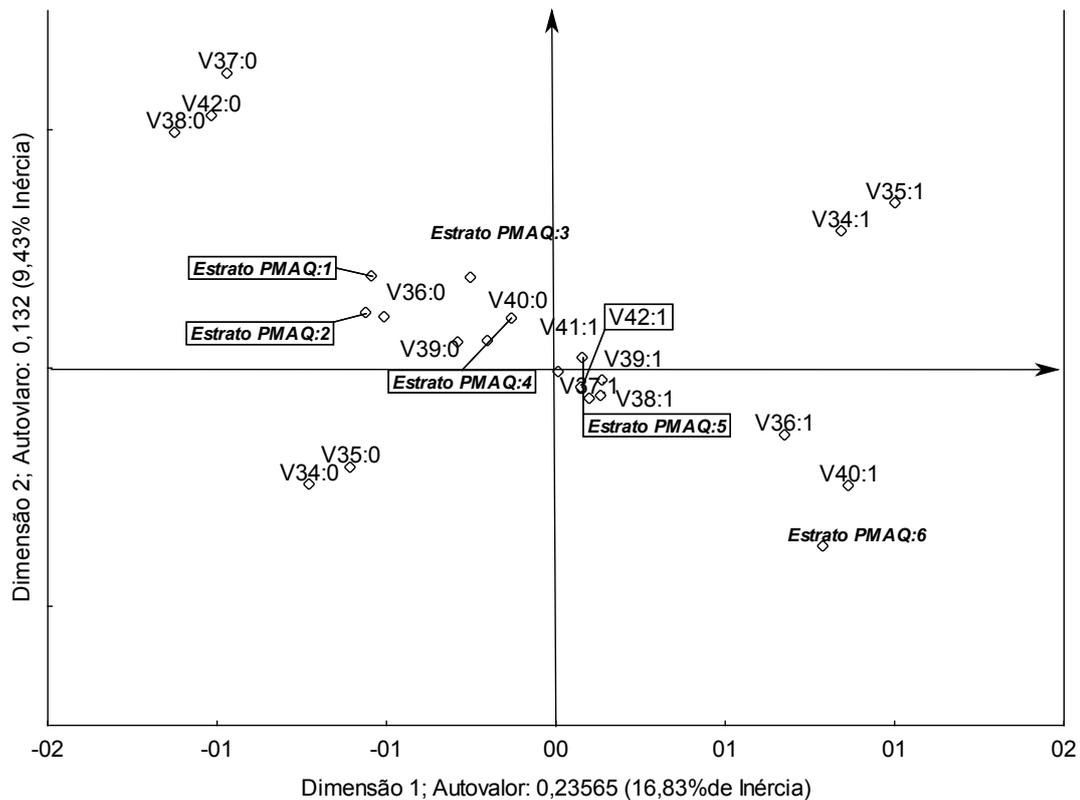
Nota: ¿V230(a) señor(a) posee o está en formación complementaria?; ¿V24 Señor(a) tiene plan de carrera?; V25 Hay en la ciudades acciones de educación permanente que envuelva profesionales de la atención básica; Respuestas 1 (Sí); 0 (No)

Figura 1 – Calificación para la actuación de los profesionales en el ámbito de Atención Primaria a la Salud según estratos del PMAQ, Brasil (2012)

La Figura 2 expresa, por medio de un mapa perceptual, el desempeño de las ciudades en términos de disponibilidad, coordinación del cuidado, integración y oferta. De nuevo, en la figura están representados al lado derecho del mapa las ciudades que presentaron mejor indicadores y del lado izquierdo el opuesto.

Considerando esta evaluación con todos estos

atributos, se puede observar que el único estrato con indicadores satisfactorios en todas esas dimensiones fue el 6; las ciudades de los estratos 4 y 5 presentaron valores medios, con indicadores satisfactorios en algunos y no satisfactorios en otros; no obstante, las ciudades del estrato 5 son mejores que los del 4; las ciudades de los estratos 1, 2 y 3 no presentaron resultados



satisfactorios en estas dimensiones.

Notas: V31 ¿Se escuchan y evalúan las necesidades de todos los usuarios que llegan a la unidad de salud espontáneamente buscando atención?; V32 ¿El equipo realiza evaluación de riesgo y vulnerabilidad en el recibimiento de los usuarios?; V33 ¿La agenda está organizada para la realización de visitas domiciliarias?; COORDINACIÓN DEL CUIDADO: V34 ¿El equipo mantiene un registro de los usuarios de mayor riesgo referidos a otros puntos de atención?; V35 ¿Existe un documento que lo compruebe?; V36 ¿Existen en la unidad de salud protocolos que orienten la priorización de los casos que necesitan ser referidos?; INTEGRACIÓN: V37 ¿Existe una central de regulación disponible para la referencia de los usuarios a los demás puntos de atención? ; V38 ¿Existen fichas de referencia de los usuarios a los demás puntos de atención?; OFERTA, V39 ¿El equipo posee/recibe suficientes fármacos de la farmacia básica para atender a su población?; V40 ¿El equipo ofrece el servicio de prácticas integrales y complementarias para los usuarios del territorio?; V41 ¿El equipo realiza visita domiciliaria? V42 ¿Las familias del área de alcance del equipo de atención básica son visitadas con periodicidad distinta de acuerdo con evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad? Respuestas (1) Sí (0) No

Figura 2 – Desempeño de las ciudades para acceso a la Atención Primaria a la Salud según estratos definidos por el PMAQ, Brasil (2012)

Discusión

La participación predominante de los enfermeros como persona de respuesta en todos los estratos muestra su participación en ese nivel de asistencia. En ese sentido, se vuelve potencialmente capaz de colaborar con la cobertura universal de salud por su protagonismo en todos los niveles de asistencia a la salud y su particular deseo de contribuir con el propósito de alcanzar la meta. La organización de los enfermeros

en redes internacionales ha sido reconocida por la OPAS/OMS con énfasis en el alcance de la cobertura universal de salud y el acceso a la salud para toda la población⁽⁵⁾.

En la evaluación de los indicadores contextuales o socioeconómicos y de salud, y la influencia de la calificación profesional y del proceso de territorialización en la APS, se ha demostrado que los estratos 4, 5 y 6 presentan mejor desempeño en todas las dimensiones analizadas.

El mejor desempeño de la calificación profesional encontrado en el presente estudio en los estratos 4, 5 y 6 también se observó en un estudio realizado en

ciudades grandes, donde más de la mitad de médicos y enfermeros participaron en el proceso de capacitación en los últimos 30 días⁽¹⁵⁾.

Aunque se haya encontrado significación estadística en la diferencia entre los estratos con relación al plan de carrera, todos los estratos presentan un desempeño de poco valor en este ítem, lo que se puede explicar por la forma de contratación. Un estudio realizado en Minas Gerais evidenció que el 75% de los secretarios municipales de salud utilizan los contratos temporales por prestación de servicios para profesionales de nivel superior⁽¹⁶⁾.

En este estudio se han destacado los hallazgos significativos sobre la existencia de acciones de educación permanente. Se considera su importancia y también la del desarrollo profesional permanente con el uso de tecnología de información y comunicación que faciliten la calificación de estos profesionales para este trabajo. Tales estrategias también contribuyen a la mejoría de la resolución de problemas dentro de la USF, y promueven la comunicación entre especialistas y generalistas⁽¹⁷⁾.

En lo que se refiere a la territorialización en Brasil, actualmente la cobertura poblacional estimada por los equipos de la APS se ha vuelto importante como un indicador universal en el establecimiento de directrices y metas del SUS⁽¹⁸⁾. Es necesario destacar que aunque la media de personas bajo la responsabilidad del equipo esté dentro de la recomendación del Ministerio da Salud³, ese número se considera elevado si consideramos que, en Brasil, los equipos son responsables de un gran número de actividades⁽¹⁹⁾.

Al habilitar el acceso a la población que no está cubierta por la atención primaria, los equipos cumplen con el principio de universalidad, pero también tienden a sufrir sobrecargas de actividad, teniendo en cuenta que con mayor frecuencia se delegan nuevas responsabilidades a la APS/ESF y afrontan las responsabilidades de las enfermedades, los grupos prioritarios, problemas o situaciones específicas⁽²⁰⁾. Se observa una situación semejante en Reino Unido y Dinamarca, donde los profesionales también desempeñan una amplia gama de tareas que incluyen, entre otras, actividades de prevención, atención curativa aguda, tratamiento para pacientes con condiciones crónicas y tratamiento de emergencias. Estos profesionales son responsables de una lista aproximada de 2,250 personas⁽²¹⁾.

Con respecto a la disponibilidad, en todos los estratos se vio que la demanda espontánea de usuarios vio atendidas y evaluadas sus necesidades en todos los estratos, con mejor desempeño en los estratos 4, 5 y 6. Estos hallazgos difieren de aquellos encontrados por Giovanela, Fausto y Fidelis, que evidenciaron

obstáculos para la atención de demanda espontánea y grupos no prioritarios. La visita domiciliar está presente en la agenda de los profesionales de ciudades de todos los estratos. Similarmente, esta actividad fue observada como rutina de médicos y enfermeros en cuatro grandes centros urbanos⁽²²⁾. Cuando se compararon los modelos de atención, se verificó un predominio de visitas domiciliarias por las ESF, resultado similar al encontrado en un estudio con municipios de la región Sur y Nordeste⁽¹⁰⁾.

En la coordinación del cuidado, a pesar de la diferencia significativa entre los estratos, se ha observado que todos los estratos presentan un desempeño poco satisfactorio en lo que se refiere al registro de referencias a otros puntos de atención, caracterizando un proceso de referencia sin responsabilidad y vínculo con el usuario.

En cuanto a la integración del cuidado, la existencia de una central de regulación está presente en las ciudades de los estratos analizados con predominio para el 4, 5 y 6. Los resultados similares fueron ratificados por médicos y enfermeros de los equipos de salud de la familia que reconocieron la existencia de centrales para marcar consultas y exámenes⁽²³⁾.

En cuanto a la oferta de acciones y servicios de salud, se ha verificado significación estadística en todos los aspectos evaluados. Cabe destacar que el recibimiento de medicamentos de la farmacia básica para atender a la población fue verificado en ciudades de todos los estratos. En algunas ciudades del país, esa distribución está más relacionada a los grupos prioritarios⁽¹⁵⁾. Llama la atención la baja oferta de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio, lo cual puede estar asociado al hecho de que ese tipo de atención integra la red de atención especializada, como lo es la oferta de acupuntura en Porto Alegre⁽²⁴⁾.

En el proceso de trabajo de los equipos de APS, el Enfermero asume diversas tareas, entre ellas se destacan planificación, atención individual y colectiva, gestión y evaluación sistemáticas de las acciones desarrolladas (PNAB. 2012³), lo que tal vez justifique la tendencia de los enfermeros a señalar negativamente la organización de las acciones. En el cotidiano del trabajo del enfermero en las unidades de ESF se han verificado dificultades, principalmente relacionadas con la falta de capacitación para ejecución de las acciones⁽²⁵⁾.

En cuanto a la contribución de la enfermería en términos de acceso universal, el estudio evidenció que la mayoría era de enfermeros, lo que denota de cierta forma la participación de esa categoría profesional en la APS. El enfermero tiene una formación más enfocada para ese área, con currículos muy bien alineados con las políticas sociales del SUS, con contenidos de

antropología, sociología, gestión en salud, liderazgo y prácticas sanitarias en las comunidades, lo que lo vuelve más sensible ante las innovaciones en el ámbito de la APS y más motivado para promover cambios.

Una cuestión importante es que la mayoría de los enfermeros acaba por asumir un liderazgo de los equipos y estratégicamente acaba asumiendo las nuevas tendencias de la Atención Primaria como un nuevo modo de producción social en salud. La baja remuneración de esta profesión en el sector privado hace que muchos encuentren en el SUS una posibilidad de estabilidad, lo que es muy positivo en términos de asegurar profesionales de esa categoría. El desafío es la creación de un nuevo modelo que valore sus competencias núcleo y reconozca su autonomía en la prescripción y en el cuidado. El modelo hegemónico con centralidad en la práctica médica acaba por alejarlo de ese proceso.

Limitaciones

El presente estudio no fue realizado en todas las ciudades brasileñas y se llevó a cabo sólo en aquellas en que los equipos voluntariamente se postularon para el PMAQ; por lo tanto, los resultados deben ser interpretados con la debida cautela, pues no retienen una capacidad de generalización. Tampoco fueron incluidos todos los elementos del equipo, sólo fue elegido un profesional voluntariamente, lo que tiene la posibilidad de sesgo de selección. Además, el estudio presenta como limitación el propio diseño, de corte transversal y que se pauta en entrevistas con el profesional. No hubo control de esos equipos por un período de tiempo o triangulación de los datos obtenidos de las entrevistas con otros, como observación, registros o declaraciones de los usuarios, lo que aumentaría la precisión de los descubrimientos. Sin embargo, es importante destacar que el PMAQ es la primera evaluación con ese alcance y homogeneidad metodológica y, a pesar de las limitaciones, los hallazgos contribuyen en el avance del conocimiento en cuanto al acceso potencializado de la APS, sus nodulos críticos y también un diagnóstico situacional de cuales ciudades tienen más avances en términos de sistemas de cobertura universal y aquellas que no.

Conclusiones

El estudio evidenció que hay una relación entre acceso y condiciones socioeconómicas: a medida que aumentan los estratos de las ciudades, el acceso a los servicios tiende a ser mejor. No obstante, dentro de un contexto de desigualdades e inequidades sociales, se perciben fragilidades que comprometen la organización

de las acciones de salud en las ciudades referentes a la disponibilidad, coordinación del cuidado, integración, oferta, principalmente en las ciudades agrupadas en los estratos de 1 a 3. Dada la participación del enfermero en la organización de las acciones de salud, hay que considerar que este profesional está contribuyendo con el acceso potencial a la APS en Brasil.

Referencias

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2014. [Acesso 12 nov 2014]. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. Bull Wrlld Health Org. 2013; 91:710-711. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.127027>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso 8 nov 2013]. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. Lancet. 2003; 362(9379):233-41.
5. Cassiani SHDB. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(6):891-2
6. Molina J. Para não perder o trem da história!. Rev esc enferm USP. [Internet]. 2014 [Acesso 22 maio 2015]; 48(1):8-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000100001>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 (BR). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 20 jul. 2011. n. 138, Seção I, p. 79.
8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013. [Acesso 15 mar 2015]; 29 (5): 847-9. Disponível em: <http://>

dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003.

9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública*. [Internet]. jul 2012 [Acesso 14 jan 2015]; 28(7):1273-84. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4415-4423.
12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11): 2923-30.
13. Spencer, NH. *Essentials of Multivariate data Analysis*. CRC. PRESS: Taylor & Francis; 2014. 186 p.
14. Mingoti SA. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
15. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95.
16. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RCG, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):918-28.
17. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes: Objetivos, Metas e 32 Indicadores 2013 - 2015* [Internet]. Brasília: 2013 [Acesso 29 nov 2013]. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>.
19. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. mar 2013;33(3):190-5. [Acesso 20 out 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300005>.

20. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*. São Paulo. 2014; 23(3):869-83. doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011.
21. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editores. *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care* [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2007 [Acesso 12 jun 2014]. p. 85-104. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf.
22. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Maria Inês Carsalade Martins, Cunha MS. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2687-702.
23. Almeida Patty Fidelis de, Giovanella Lígia, Mendonça Maria Helena Magalhães de, Escorel Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. fev 2010 [Acesso 30 maio 2015]; 26(2):286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.
24. Dallegrave D, Camila Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(21):249-56.
25. Brondani DA Jr, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):41-50.

Fe de Erratas

Página 1:

Donde se leía:

“Severina Alice da Costa Uchôa¹
 Ricardo Alexandre Arcêncio²
 Inês Santos Estevinho Fronteira³
 Ardigleusa Alves Coêlho⁴
 Claudia Santos Martiniano⁴
 Isabel Cristina Araújo Brandão⁵
 Mellina Yamamura⁶
 Renata Melo Maroto⁷”

Leer:

“Severina Alice da Costa Uchôa¹

Ricardo Alexandre Arcêncio²
Inês Fronteira³
Ardigleusa Alves Coêlho⁴
Claudia Santos Martiniano⁴
Isabel Cristina Araújo Brandão⁵
Mellina Yamamura⁶
Renata Melo Maroto⁷
Anny Karine Freire da Silva^{8*}

Donde se leía:

“Objetivo: analizar la influencia de los indicadores contextuales en el desempeño de las ciudades en lo que concierne al acceso potencial a la Atención Primaria a la Salud en Brasil. Discute también la contribución del trabajo de la enfermería en ese acceso. Método: estudio descriptivo multicéntrico, a partir de datos secundarios de la Evaluación Externa del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica en Brasil con la participación de 17,202 equipos de Atención Básica. Se utilizó el test quid-cuadrado de proporciones para verificar diferencias entre los estratos de ciudades en lo que se refiere a las dimensiones de territorialización, oferta, coordinación, integración; cuando fue necesario, se utilizó el Test quid-cuadrado con corrección de Yates o Test Exacto de Fisher. Para la variable población, se aplicó el test Kruskal-Wallis. Resultados: La mayoría de los participantes eran enfermeros (n=15.876; 92,3%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las ciudades en términos de territorialización (p=0.0000), disponibilidad (p=0.0000), coordinación del cuidado (p=0.0000), integración (p=0.0000) y oferta (p=0.0000), confirmando que las ciudades que componen el estrato 6 tienden a tener mejor desempeño en esas dimensiones. Conclusión: Se ha verificado que los estratos 4,5 y 6 presentan un mejor desempeño en todas las dimensiones analizadas y el papel preponderante del enfermero en el acceso potencial a la Atención Primaria a la Salud en Brasil.”

Leer:

“Objetivo: analizar la influencia de indicadores contextuales en el desempeño de los municipios respecto al acceso potencial a la Atención Primaria de Salud en Brasil. Método: estudio descriptivo multicéntrico, con datos secundarios de la Evaluación Externa del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención y participación de 17.202 Equipos de Atención Básica. Fue aplicada la prueba ji-cuadrada de proporciones para verificar diferencias entre los estratos de municipios en las dimensiones territorialización, oferta, coordinación e integración. Cuando necesario, fue considerada la Prueba ji-cuadrado con corrección de Yates o la Prueba Exacta de Fisher. Para la variable población, fue aplicada la prueba Kruskal-Wallis. Resultados: La mayoría de los participantes era enfermero (n=15.876; 92,3%). Fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios en términos de territorialización (p=0,0000), disponibilidad (p=0,0000), coordinación del cuidado (p=0,0000), integración (p=0,0000) y oferta (p=0,0000), verificándose que los municipios en el estrato 6 tienden a mostrar mejor desempeño en esas dimensiones, con mejor performance en todas las dimensiones analizadas en los estrato 4, 5 y 6. Conclusión: fragilidad en los estratos de municipios menores, confirmando iniquidades en el acceso potencial a la Atención Primaria de Salud como retos a la cobertura universal. Se destaca el papel preponderante del enfermero para su alcance.”

Donde se leía:

¹ Estudiante de postdoctorado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Profesor Asociado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

² PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,

Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

⁵ MSc, Profesor, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário FACEX, Natal, RN, Brasil.

⁶ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁷ Estudiante de doctorado, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.”

Leer:

¹ Estudiante de postdoctorado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Profesor Asociado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

² PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

⁵ MSc, Profesor, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário FACEX, Natal, RN, Brasil.

⁶ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁷ Estudiante de doctorado, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

⁸ Especialista en Lectura y Producción de Textos.”

Página 2

Donde se leía:

“En Brasil, la temática del acceso universal y equitativo es una preocupación desde la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988. Esta idea es reforzada por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), en la cual se resalta el potencial para el acceso a la gestión del cuidado integral a través del trabajo multiprofesional, interdisciplinario y en equipo⁽³⁾.”

Leer:

“En Brasil, desde la constitución de 1988, se hicieron esfuerzos para cobertura universal como derecho a través del Sistema Único de Salud (SUS). En 1994, implantó la Salud de la Familia, basada en el cuidado integral y trabajo en equipo multidisciplinario. Con esa estrategia, se expandió la cobertura, alcanzando 57% de la población (108 millones de personas) en 2013⁽³⁾.”

Donde se leía:

“Escenario de la investigación

Es importante destacar que en 2012 el SUS poseía 36,361 Unidades Básicas de Salud, 33,404 Equipos de Salud de la Familia (ESF) con cobertura en 5,297 ciudades. Un total de 17,202 Equipos de Atención Básica (EAB) se adhirieron al PMAQ con un total de 16,566 ESF y 636 no pertenecientes a la Salud de la Familia, se distribuyeron en las 3,944 (70.8%) ciudades, en 14,111 Unidades Básicas de Salud (UBS) ⁽⁷⁾.”

Leer:

Escenario de la investigación

La adhesión al ciclo 1 del PMAQ correspondió a 17.482 Equipos de Atención Básica (EAB) distribuidas en 3.944 (70,8%) del número total de municipios en 14.111 Unidades Básicas de Salud (UBS)⁽⁷⁾. Entre estos, 17.202 fueron reclutados para el estudio, porque sus cuestionarios fueron validados en el banco de Ministerio de Salud.

Páginas 3-8

Donde se leía:

Clasificación de las ciudades según las variables de contexto

Se muestra que las ciudades incluidas en el estudio están clasificadas en 6 estratos, considerando el Producto Interno Bruto (PIB) *per capita*, el Porcentaje de la población con plan de salud, o Porcentaje de la población con Bolso Familia, el Porcentaje de la población en extrema pobreza y la Densidad demográfica.

La composición de los estratos tuvo en cuenta, para cada ciudad, la menor puntuación entre el porcentaje de la población con Bolso Familia y el porcentaje de la población en extrema pobreza: estrato 1 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 10 mil habitantes); estrato 2 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 20 mil habitantes; estrato 3 – Ciudades con puntuación menor que 4.82 y población de hasta 50 mil habitantes; estrato 4 – Ciudades con puntuación entre 4.82 y 5.4 y población de hasta 100 mil habitantes; estrato 5 – Ciudades con puntuación entre 5.4 y 5.85 y población de hasta 500 mil habitantes; y ciudades con puntuación menor que 5.4 y población entre 100 y 500 mil habitantes y estrato 6 – Ciudades con población con más de 500 mil habitantes o con puntuación igual o superior a 5.85⁽⁷⁾.

Variables consideradas para evaluar el acceso potencial

Las variables consideradas para evaluar el acceso potencial se presentan descritas en la Tabla 2. La tabla mencionada presenta la dimensión a la que las variables pertenecen, su característica y su naturaleza.

Plan de análisis

Inicialmente se calculó el análisis descriptivo de las características de los estratos de las ciudades, categoría profesional y mediana de profesionales por equipo.

En relación al desempeño de las ciudades en que concierne al acceso, fue medido utilizando cuatro dimensiones del instrumento del PMAQ: territorialización, oferta, coordinación del usuario, integración.

Las variables fueron dicotomizadas en sí y no. Después, se realizó la sumatoria de las respuestas para cada ítem, dividiendo entre el total de la muestra. Se ha recurrido al test quid-cuadrado de proporción para verificar diferencias entre los estratos de ciudades en lo que se refiere a las dimensiones para el acceso potencial. Cuando fue necesario, se utilizó el test quid-cuadrado con corrección de Yates o Test Exacto de Fisher. Para la variable población, se aplicó el test Kruskal-Wallis para verificar diferencias con relación a la mediana de habitantes controlados por áreas.

Posterior al análisis del desempeño de las ciudades dentro de los estratos en relación al acceso, se ha recurrido a la estadística multivariada de Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM), ya que las variables del instrumento eran categóricas.

Para la aplicación del ACM, se siguieron los pasos descritos por Spencer⁽¹³⁾ y Mingoti⁽¹⁴⁾, en donde la tabulación de las respuestas generó una matriz en la cual las líneas corresponden a los profesionales de salud participantes y las columnas corresponden a las variables. Posteriormente, se ha transformado la matriz mencionada en una tabla disyuntiva completa (TDC). En la tabla, las columnas representan las características de las variables, en donde la intersección de la línea *i* con la columna *j* da resultado de x_{ij} , que vale 0 o 1, indicando si el estrato posee o no la característica.

El mapa perceptual se formó mediante esta técnica, siendo este la representación visual de las variables en dos o más dimensiones. Cada variable tiene una posición espacial en el mapa perceptual, las variables percibidas como similares o asociadas se asignan en puntos próximos en el mapa, mientras que aquellas percibidas como no similares se representan en puntos distantes. Es decir, la proximidad indica la correspondencia entre las categorías representadas en las líneas y en las columnas de la tabla.

El factor línea o columna influye en la construcción de los ejes por medio de su inercia en relación al centro de gravedad. La inercia significa la variación del conjunto de datos⁽¹³⁾. A partir del ACM fue posible extraer las dimensiones más representativas en términos de inercia, que en el estudio correspondió a las dos primeras. Su contribución para la inercia se consideró un criterio para la selección de las variables.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características de la muestra de 17,202 equipos reclutados para el estudio según los estratos del PMAQ. Se puede observar que la mayoría de los participantes eran enfermeros ($n=$; %), y muchos de ellos tenían menos de tres años de experiencia.

Entre los modelos de cuidado, en todos los estratos, hay un predominio de Estrategia Salud de la Familia sin salud bucal. De forma general, también se observa una mediana de un (1) profesional médico, enfermero, técnico de enfermería y cirujano-dentista por cada equipo. También se puede constatar que entre las distintas modalidades de atención investigadas, en la mayoría de los equipos identificados, no se le da la posibilidad al usuario de elegir la unidad en que desea buscar asesoramiento.

En la Tabla 2, se verifica el desempeño de las ciudades en cuanto al acceso de los usuarios considerando los estratos establecidos en el PMAQ.

Se verifican diferencias estadísticamente significativas entre las ciudades de los estratos 1, 2 y 3 con de los estratos 4, 5 y 6, observándose que los profesionales de estos últimos tienen más las cualificaciones ($p=0.0000$).

En cuanto al plan de carrera, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0000$), siendo que las ciudades de los estratos 4, 5 y 6 presentan mejores indicadores; se encontraron valores inferiores en los estratos 1, 2 y 3. También en esos estratos se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en lo que concierne a la política de formación y educación permanente ($p=0.0000$).

Según la Tabla 2, se observan diferencias estadísticamente significativas en términos de cobertura poblacional, ya que los estratos 5 y 6 controlaban un número mediano de personas con acceso bastante mayor que de los estratos 1, 2 y 3. También se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las ciudades en términos de territorialización ($p=0.0000$), disponibilidad ($p=0.0000$), coordinación del cuidado ($p=0.0000$), integración ($p=0.0000$) y oferta ($p=0.0000$), comprobándose que las ciudades que componen el estrato 6 tienden a tener mejor desempeño en esas dimensiones.

Tabla 1- Caracterización de la muestra del estudio, Proyecto PMAQ, Brasil (2012)

Variables	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Categoría profesional <i>n</i> (%)						
Médico	72 (0.42)	59 (0.34)	52 (0.30)	91 (0.53)	143 (0.83)	576 (3.35)
Enfermero	2.058 (11.96)	2.179 (12.67)	2.425 (14.10)	3.119 (18.13)	2.615 (15.20)	3.480 (20.23)
Cirujano Dentista	35 (0.20)	35 (0.20)	50 (0.29)	56 (0.33)	56 (0.33)	101 (0.59)
Tiempo de experiencia <i>n</i> (%)						
Menos de un año	546 (3.17)	693 (4.03)	801 (4.66)	995 (5.78)	830 (4.83)	875 (5.09)
Entre 1 y 3 años	867 (5.04)	966 (5.62)	1.068 (6.21)	1.384 (8.05)	1.133 (6.59)	1.598 (9.29)
> que 3 años	743 (4.32)	608 (3.53)	652 (3.79)	881 (5.12)	843 (4.90)	1.673 (9.73)
No sabe/No respondió	9 (0.05)	6 (0.03)	6 (0.03)	6 (0.03)	8 (0.05)	11 (0.06)

Variables	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Tipo de equipo n (%)						
Estrategia de Salud de la Familia con salud bucal	1.832 (10.66)	1.798 (10.45)	2.041 (11.86)	2.464 (14.32)	1.767 (10.27)	2.173 (12.63)
Estrategia de Salud de la Familia sin salud bucal	261 (1.52)	398 (2.31)	423 (2.46)	720 (4.19)	942 (5.48)	1.824 (10.60)
Equipo Atención Básica con salud bucal	59 (0.34)	57 (0.33)	45 (0.26)	59 (0.34)	57 (0.33)	51 (0.30)
Variables	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Equipo Atención Básica sin salud bucal	7 (0.04)	9 (0.05)	11 (0.06)	15 (0.09)	43 (0.25)	39 (0.23)
Otros	4 (0.02)	6 (0.03)	4 (0.02)	7 (0.04)	3 (0.02)	66 (0.38)
No sabe/No respondió	2 (0.01)	5 (0.03)	3 (0.02)	1 (0.01)	2 (0.01)	4 (0.02)
Cantidad mínima de médicos en el equipo de atención básica por UBS (n= 16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 11.00	0.00 – 11.00	0.00 – 6.00
Cantidad mínima de enfermeros en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00
Cantidad mínima de cirujano-dentista en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 6.00	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00	0.00 – 6.00	0.00 – 6.00	0.00 – 4.00
Cantidad mínima de técnico de enfermería en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 13.00	0.00 – 10.00	0.00 – 10.00	0.00 – 8.00	0.00 – 20.00	0.00 – 11.00
Cantidad mínima de auxiliar de enfermería en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	0	0	0	0	0	1
Valor mínimo y máximo	0.00 – 9.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 6.00	0.00 – 20.00
Cantidad mínima de técnico en salud bucal en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	0	0	0	0	0	0
Valor mínimo y máximo	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 8.00	0.00 – 2.00	0.00 – 3.00	0.00 – 8.00
Cantidad mínima de auxiliar en salud bucal en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	1	1	1	1	1	0
Valor mínimo y máximo	0.00 – 6.00	0.00 – 7.00	0.00 – 8.00	0.00 – 9.00	0.00 – 8.00	0.00 – 10.00
Cantidad mínima de agente comunitario de salud en el equipo de atención básica (n=16,643)						
Mediana	6	6	7	6	6	5
Valor mínimo y máximo	0.00 – 19.00	0.00 – 50.00	0.00 – 42.00	0.00 – 50.00	0.00 – 56.00	0.00 – 32.00
Permitir que el usuario tenga opción de elegir sobre cual equipo desea que le atienda n (%)						
Sí	219 (1.27)	191 (1.11)	180 (1.05)	161 (0.94)	127 (0.74)	303 (1.76)
No	286 (1.66)	309 (1.80)	303 (1.76)	411 (2.39)	442 (2.57)	1.059 (6.16)
No se aplica	454 (2.64)	539 (3.13)	516 (3.00)	671 (3.90)	355 (2.06)	196 (1.14)
No sabe/No respondió	1.206 (7.01)	1.234 (7.17)	1.528 (8.88)	2.023(11.76)	1.890 (10.99)	2.599 (15.11)

Tabla 2 - Desempeño de las ciudades para el acceso de los usuarios según estrato, Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos PMAQ						p valor
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Posee o está en formación complementaria (n=17,202)								
	Sí	1.708 (9.93)	1.795 (10.43)	2.050 (11.92)	2.694 (15.66)	2.460 (14.30)	3.642 (21.17)	0,000*
	No	457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
Posee plan de carrera (n=16,936)								
Calificación Profesional	Sí	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1,810 (10,69)	0,000*
	No	1,877 (11,08)	2,069 (12,22)	2,245 (13,26)	2,647 (15,63)	2,194 (12,95)	2,279 (13,46)	
Existen acciones de educación permanente que involucre a los profesionales de la atención básica (n=17,113)								
	Sí	1,432 (8,37)	1,596 (9,33)	1,878 (10,97)	2,601 (15,20)	2,481 (14,50)	3,969 (23,19)	0,000*
	No	720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	

Dimensión	Variables	Estratos PMAQ						p valor
		1	2	3	4	5	6	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
		Cuál es el número de personas bajo responsabilidad del equipo						
	Media	2165	2273	2527	3266	2814	4157	0,0001†
		Consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de personas bajo responsabilidad del equipo (n=15,691)						
	Sí	1,024 (6,53)	1,141 (7,27)	1,323 (8,43)	1,705 (10,87)	1,423 (9,07)	2,648 (16,88)	0,000*
	No	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1,265 (8,06)	1,115 (7,11)	1,282 (8,17)	
		Existe una definición de área de alcance del equipo (n=17.150)						
	Sí	2,086 (12,16)	2,197 (12,81)	2,456 (14,32)	3,190 (18,60)	2,763 (16,11)	4,113 (23,98)	0,000*
	No	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
Territorialización		Existe una población descubierta por la atención básica en el entorno del territorio de alcance del equipo (n=17,092)						
	Sí	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1,083 (6,34)	1,391 (8,14)	1,513 (8,85)	0,000*
	No	1,783 (10,43)	1,724 (10,09)	1,618 (9,47)	2,170 (12,70)	1,406 (8,23)	2,613 (15,29)	
		Con que frecuencia las personas fuera del área de alcance del equipo son atendidas por este equipo (n=16,855)						
	Todos los días de la semana	900 (5,34)	828 (4,91)	1,001 (5,94)	1,247 (7,40)	1,255 (7,45)	2,152 (12,77)	
	Algunos días de la semana	966 (5,73)	1,135 (6,73)	1,201 (7,13)	1,502 (8,91)	1,222 (7,25)	1,673 (9,93)	0,000*
	Ningún día de la semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)	
		Se escuchan y evalúan las necesidades de los usuarios que llegan espontáneamente (n=17,140)						
	Sí	2,121 (12,37)	2,202 (12,85)	2,442 (14,25)	3,180 (18,55)	2,689 (15,69)	4,078 (23,79)	0,000*
	No	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
		El equipo realiza evaluación de riesgo y vulnerabilidad en el recibimiento de los usuarios (n=13,739)						
Disponibilidad	Sí	1,265 (9,21)	1,385 (10,08)	1,645 (11,97)	2,286 (16,64)	2,050 (14,92)	3,442 (25,05)	0,0066*
	No	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
		La agenda está organizada para la realización de visitas domiciliarias (n=13,951)						
	Sí	1,418 (10,16)	1,628 (11,67)	1,865 (13,37)	2,391 (17,14)	2,253 (16,15)	3,697 (26,50)	0,000*
	No	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,59)	
		Mantiene registro de los usuarios de mayor riesgo referidos a otros puntos de atención (n=17,104)						
	Sí	826 (4,83)	818 (4,78)	1,104 (6,45)	1,474 (8,62)	1,353 (7,91)	2,385 (13,94)	0,000*
	No	1,310 (7,66)	1,439 (8,41)	1,405 (8,21)	1,785 (10,44)	1,449 (8,47)	1,756 (10,27)	
		Existe un documento que comprueba (n=)						
Coordinación del Cuidado	Sí	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1,206 (15,15)	1,132 (14,22)	1,978 (24,85)	0,000*
	No	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
		Existen protocolos que orienten la priorización de los casos que necesitan ser referidos (n=17,037)						
	Sí	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1,213 (7,12)	1,228 (7,21)	2,907 (17,06)	0,000†
	No	1,558 (9,14)	1,636 (9,60)	1,685 (9,89)	2,036 (11,95)	1,567 (9,20)	1,206 (7,08)	
		Existe una central de regulación (n=17,201)						
	Sí	1,880 (10,93)	2,006 (11,66)	2,239 (13,02)	2,907 (16,90)	2,540 (14,77)	4,027 (23,41)	0,000*
	No	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
		Existe una ficha de referencias de los usuarios a los demás puntos de atención (n=17,201)						
	Sí	1,752 (10,19)	1,828 (10,63)	2,138 (12,43)	2,970 (17,27)	2,615 (15,20)	4,055 (23,57)	0,0000*
	No	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	
		Recibe suficientes fármacos de la farmacia básica para atender su población (n=17,161)						
	Sí	1,459 (8,50)	1,490 (8,68)	1,722 (10,03)	2,210 (12,88)	1,830 (10,66)	2,898 (16,89)	0,0000*
	No	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2,077 (6,28)	
	No recibe medicinas	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
		Ofrece servicio de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio (n=17,199)						
	Sí	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1,546 (8,99)	0,0000*
Oferta	No	1,929 (11,22)	2,042 (11,87)	2,222 (12,92)	2,885 (16,77)	2,301 (13,38)	2,611 (15,18)	
		Realiza visita domiciliaria (n=17,199)						
	Sí	2,146 (12,48)	2,262 (13,15)	2,521 (14,66)	3,253 (18,91)	2,802 (16,29)	4,148 (24,12)	0,0075*
	No	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)	
		Las familias del área de alcance son visitadas con periodicidad de acuerdo con evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad (n=17,132)						
	Sí	1,963 (11,46)	2,069 (12,08)	2,345 (13,69)	2,997 (15,30)	2,621 (15,30)	3,986 (23,27)	0,0000*
	No	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)	

* p valor estadísticamente significativo (p<0.05)

† Aplicado test kruskal-Wallis

Cuando se realizó la comparación por categorías profesionales (Tabla 3), nuevamente se comprobó una diferencia estadísticamente significativa en donde una mayor proporción tanto de médicos como de cirujanos-dentistas tiende a referir aspectos más positivos de sus unidades que los enfermeros.

Se puede observar que la proporción de enfermeros que tienden a señalar puntos negativos en relación a la organización de sus servicios es mucho mayor que de los otros profesionales.

En la formación complementaria, por ejemplo, mientras que los médicos marcaron 1 "no" para cada 4 "sí" y los cirujano dentistas casi 1 "no" por cada 3 "sí"; esta proporción fue de prácticamente de 5 entre los enfermeros, lo que fue estadísticamente significativo ($p=0.0046$). Los programas de desarrollo de carrera también fueron otro punto en el que esa diferencia fue muy significativa ($p=0.0000$), donde nuevamente la proporción de enfermeros que refirieron la falta de participación fue mucho mayor que las otras categorías.

Cuando se realizó un análisis comparativo del desempeño de la APS en cuanto a los modelos de cuidado, se puede observar un predominio de la Estrategia de Salud de la Familia con o sin salud bucal. Se verificaron diferencias estadísticamente significativas en las variables del plan de carrera, en donde la proporción de los profesionales vinculados a la ESF, que tiene plan de carrera, fue mucho menor que los profesionales agregados en otros modelos de atención ($p= 0.0000$). De la misma forma, se ha observado una asociación estadísticamente significativa en cuanto a las acciones de educación permanente ($p=0.0000$), registro de la documentación para los casos referidos a otros servicios ($p=0.0462$), protocolos para orientar profesionales a referir a otros servicios ($p=0.0000$) y el uso de prácticas complementarias ($p=0.0000$). Se observó una diferencia importante en las visitas domiciliarias, en que la ESF presentó una proporción de más visitas comparada con las otras dos modalidades de atención ($p=0.0000$)

Tabla 3 - Desempeño de la Atención Primaria para acceso del usuario al sistema de salud según la categoría profesional, Brasil, 2012

Variables	Categoría Profesional												P Valor
	Médico				Enfermero				Cirujano Dentista				
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	
Formación complementaria n=17,202	800	4.6	193	1.1	13285	77.2	2591	15.1	264	1.5	69	0.4	0.0046*
Plan de carrera n=17,113	303	1.8	670	4.0	3224	19.0	12412	73.3	98	0.6	229	1.4	0.0000*
Acciones de educación permanente n=17,113	853	5.0	132	0.8	12850	75.1	2951	17.2	254	1.5	73	0.4	0.0000*
Todos usuarios tienen necesidades escuchadas y evaluadas n=17,047	956	5.6	25	0.15	15362	90.1	380	2.2	309	1.8	15	0.1	0.0384*
Equipo realiza evaluación de riesgo en la acogida n=13,730	777	5.6	95	0.7	11066	80.6	1538	11.2	223	1.6	31	0.2	0.5189
Agenda organizada para visitas domiciliarias n=11,473	743	6.5	27	0.2	10013	87.3	480	4.2	201	1.8	9	0.1	0.3815
Usuarios de mayor riesgo cuando encaminados son registrados n=13,658	488	3.6	378	2.8	6261	45.9	6284	46.0	136	1.0	111	0.8	0.0004*
Documento que registre el encaminamiento n= 6,885	377	5.5	111	1.6	5159	75.0	1102	16.0	107	1.6	29	0.4	0.0105*
Protocolos que orienten la priorización de casos de encaminamiento n=13,606	533	3.9	329	2.4	5797	42.6	6704	49.3	129	1.0	114	0.8	0.0000*
Central de regulación para encaminamiento n=17,047	905	5.3	76	0.4	14274	83.7	1468	8.6	292	1.7	32	0.2	0.2347
Fichas para encaminamiento de los usuarios n=17,047	915	5.4	66	0.4	14029	82.3	1713	10.1	294	1.7	30	0.2	0.0001*
Fármacos Suficientes en la Atención Básica para Atender la población n=17,015	606	3.6	373	2.1	10721	63.0	4992	30	205	1.2	118	0.7	0.0000*
Ofrecimiento de prácticas integrativas y complementarias n=17,045	273	1.6	707	4.2	2865	16.8	12877	75.6	46	0.3	277	1.6	0.0000*
El equipo realiza visita domiciliaria n=17,045	977	5.7	4	0.02	15690	92.1	52	0.31	320	1.9	3	0.02	0.1846
Familias del área de alcance son visitas con periodicidad	927	5.5	50	0.3	14636	86.2	1054	6.2	289	1.7	31	0.2	0.0142*

* $p < 0.05$

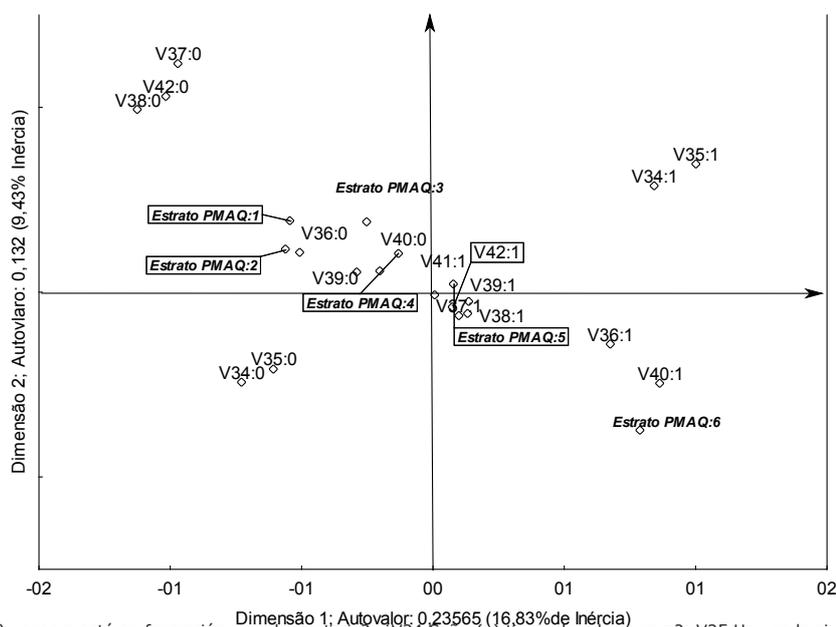
Tabla 4 - Desempeño de la Atención Primaria para acceso al usuario según modelo de atención, Brasil, 2012

Actividades	Modelo de Atención												P valor
	ESF (con o sin salud bucal)				Equipo AB				Otro modelo				
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	
Formación complementaria - V23 n= 17185	13883	80.8	2760	16.1	383	2.2	69	0.4	75	0.4	15	0.1	0.3059
Plan de carrera n=16923 v24	3516	21.0	12876	76.1	99	0.6	344	2.0	7	0.1	81	0.5	0.0000*
Acciones de educación permanente n= 17100 v25	13487	78.9	3074	18.0	283	2.2	66	0.4	80	0.5	10	0.1	0.0000*
Todos los usuarios tienen necesidades escuchadas y evaluadas n=16987 v31	16055	94.6	397	2.3	422	2.5	15	0.1	85	0.5	3	0.0	0.1754
Equipo realiza evaluación de riesgo en la acogida n= 13723 v32	11710	85.3	1626	11.8	283	2.1	33	0.2	66	0.5	5	0.1	0.3987
Agenda organizada para visitas domiciliarias n= 11473 v33	10678	93.1	486	4.2	236	2.1	22	1.32	43	0.4	8	0.1	0.3815
Usuarios de mayor riesgo cuando encaminados son registrados n= 13658 v34	6685	50.0	6588	48.2	167	1.2	147	1.1	33	0.2	38	0.3	0.1323
Documento que registre el encaminamiento n= 6885 v35	5483	79.6	1202	17.5	136	2.0	31	0.5	24	0.4	9	0.1	0.0462*
Protocolos que orienten a priorización de casos de encaminamiento n= 13606 v36	6289	46.2	6930	51.0	145	1.1	171	1.3	25	0.2	46	0.3	0.0000*
Central de regulación para encaminamiento n= 17047 v37	12232	90.0	997	7.3	283	2.1	24	0.18	67	0.5	3	0.1	0.6982
Fichas de encaminamiento n= 17047	14782	86.7	1728	10.1	370	2.2	77	0.5	86	0.5	4	0.1	0.0000
V39 Posee/ recibe fármacos n= 17045	11146	59.5	5333	31.3	316	1.9	130	0.8	70	0.4	20	0.1	0.0286
V40 Ofrece prácticas integrativas/complementarias n= 17045	3082	18.1	13426	78.8	93	0.6	354	2.1	9	0.1	81	0.5	0.0000*
V41 Equipo realiza visita domiciliaria n = 17045	16462	96.6	46	0.3	437	2.6	10	0.1	88	0.5	2	0.1	0.0000*
V42 Familias de áreas de alcance son visitadas n= 16987	15363	90.4	1099	6.5	404	2.4	33	0.2	85	0.5	3	0.1	0.1092

*p< 0.05

Por medio del Análisis de Correspondencia Múltiple, se obtuvo el mapa perceptual presentado en la Figura 1 en el cual se observa que el mapa puede ser dividido en cuadrantes; en los cuadrantes del lado derecho se muestran las ciudades que presentaron mejores indicadores en términos de calificación que aquellos del lado izquierdo.

Esta figura demuestra que las ciudades que componen los estratos 5 y 6 presentan mejores indicadores en lo que se refiere a la formación de sus profesionales de salud; las ciudades que están concentradas más al centro presentan valores regulares. Por lo tanto, tuvieron algunos indicadores satisfactorios y otros no tan satisfactorios, y las ciudades de los estratos 1 y 2 tuvieron indicadores menos satisfactorios en ese ítem.



Nota: 1 V230(a) señor(a) posee o está en formación complementaria?; 2 V24 Señor(a) tiene plan de carrera?; V25 Hay en la ciudades acciones de educación permanente que envuelva profesionales de la atención básica; Respuestas 1 (Sí); 0 (No)

Figura 1 - Calificación para la actuación de los profesionales en el ámbito de Atención Primaria a la Salud según estratos del PMAQ, Brasil (2012)

Discusión

La participación predominante de los enfermeros como persona de respuesta en todos los estratos muestra su participación en ese nivel de asistencia. En ese sentido, se vuelve potencialmente capaz de colaborar con la cobertura universal de salud por su protagonismo en todos los niveles de asistencia a la salud y su particular deseo de contribuir con el propósito de alcanzar la meta. La organización de los enfermeros en redes internacionales ha sido reconocida por la OPAS/OMS con énfasis en el alcance de la cobertura universal de salud y el acceso a la salud para toda la población⁽⁵⁾.

En la evaluación de los indicadores contextuales o socioeconómicos y de salud, y la influencia de la calificación profesional y del proceso de territorialización en la APS, se ha demostrado que los estratos 4, 5 y 6 presentan mejor desempeño en todas las dimensiones analizadas.

El mejor desempeño de la calificación profesional encontrado en el presente estudio en los estratos 4, 5 y 6 también se observó en un estudio realizado en ciudades grandes, donde más de la mitad de médicos y enfermeros participaron en el proceso de capacitación en los últimos 30 días⁽¹⁵⁾.

Aunque se haya encontrado significación estadística en la diferencia entre los estratos con relación al plan de carrera, todos los estratos presentan un desempeño de poco valor en este ítem, lo que se puede explicar por la forma de contratación. Un estudio realizado en Minas Gerais evidenció que el 75% de los secretarios municipales de salud utilizan los contratos temporales por prestación de servicios para profesionales de nivel superior⁽¹⁶⁾.

En este estudio se han destacado los hallazgos significativos sobre la existencia de acciones de educación permanente. Se considera su importancia y también la del desarrollo profesional permanente con el uso de tecnología de información y comunicación que faciliten la calificación de estos profesionales para este trabajo. Tales estrategias también contribuyen a la mejoría de la resolución de problemas dentro de la USF, y promueven la comunicación entre especialistas y generalistas⁽¹⁷⁾.

En lo que se refiere a la territorialización en Brasil, actualmente la cobertura poblacional estimada por los equipos de la APS se ha vuelto importante como un indicador universal en el establecimiento de directrices y metas del SUS⁽¹⁸⁾. Es necesario destacar que aunque la media de personas bajo la responsabilidad del equipo esté dentro de la recomendación del Ministerio da Salud³, ese número se considera elevado si consideramos que, en Brasil, los equipos son responsables de un gran número de actividades⁽¹⁹⁾.

Al habilitar el acceso a la población que no está cubierta por la atención primaria, los equipos cumplen con el principio de universalidad, pero también tienden a sufrir sobrecargas de actividad, teniendo en cuenta que con mayor frecuencia se delegan nuevas responsabilidades a la APS/ESF y afrontan las responsabilidades de las enfermedades, los grupos prioritarios, problemas o situaciones específicas⁽²⁰⁾. Se observa una situación semejante en Reino Unido y Dinamarca, donde los profesionales también desempeñan una amplia gama de tareas que incluyen, entre otras, actividades de prevención, atención curativa aguda, tratamiento para pacientes con condiciones crónicas y tratamiento de emergencias. Estos profesionales son responsables de una lista aproximada de 2,250 personas⁽²¹⁾.

Con respecto a la disponibilidad, en todos los estratos se vio que la demanda espontánea de usuarios vio atendidas y evaluadas sus necesidades en todos los estratos, con mejor desempeño en los estratos 4, 5 y 6. Estos hallazgos difieren de aquellos encontrados por Giovanela, Fausto y Fidelis, que evidenciaron obstáculos para la atención de demanda espontánea y grupos no prioritarios. La visita domiciliaria está presente en la agenda de los profesionales de ciudades de todos los estratos. Similarmente, esta actividad fue observada como rutina de médicos y enfermeros en cuatro grandes centros urbanos⁽²²⁾. Cuando se compararon los modelos de atención, se verificó un predominio de visitas domiciliarias por las ESF, resultado similar al encontrado en un estudio con municipios de la región Sur y Nordeste⁽¹⁰⁾.

En la coordinación del cuidado, a pesar de la diferencia significativa entre los estratos, se ha observado que todos los estratos presentan un desempeño poco satisfactorio en lo que se refiere al registro de referencias a otros puntos de atención, caracterizando un proceso de referencia sin responsabilidad y vínculo con el usuario.

En cuanto a la integración del cuidado, la existencia de una central de regulación está presente en las ciudades de los estratos analizados con predominio para el 4, 5 y 6. Los resultados similares fueron ratificados por médicos y enfermeros de los equipos de salud de la familia que reconocieron la existencia de centrales para marcar consultas y exámenes⁽²³⁾.

En cuanto a la oferta de acciones y servicios de salud, se ha verificado significación estadística en todos los aspectos evaluados. Cabe destacar que el recibimiento de medicamentos de la farmacia básica para atender a la población fue verificado en ciudades de todos los estratos. En algunas ciudades del país, esa distribución está más relacionada a los grupos prioritarios⁽¹⁵⁾. Llama la atención la baja oferta de prácticas integrativas y complementarias

para los usuarios del territorio, lo cual puede estar asociado al hecho de que ese tipo de atención integra la red de atención especializada, como lo es la oferta de acupuntura en Porto Alegre⁽²⁴⁾.

En el proceso de trabajo de los equipos de APS, el Enfermero asume diversas tareas, entre ellas se destacan planificación, atención individual y colectiva, gestión y evaluación sistemáticas de las acciones desarrolladas (PNAB. 2012³), lo que tal vez justifique la tendencia de los enfermeros a señalar negativamente la organización de las acciones. En el cotidiano del trabajo del enfermero en las unidades de ESF se han verificado dificultades, principalmente relacionadas con la falta de capacitación para ejecución de las acciones⁽²⁵⁾.

En cuanto a la contribución de la enfermería en términos de acceso universal, el estudio evidenció que la mayoría era de enfermeros, lo que denota de cierta forma la participación de esa categoría profesional en la APS. El enfermero tiene una formación más enfocada para ese área, con currículos muy bien alineados con las políticas sociales del SUS, con contenidos de antropología, sociología, gestión en salud, liderazgo y prácticas sanitarias en las comunidades, lo que lo vuelve más sensible ante las innovaciones en el ámbito de la APS y más motivado para promover cambios.

Una cuestión importante es que la mayoría de los enfermeros acaba por asumir un liderazgo de los equipos y estratégicamente acaba asumiendo las nuevas tendencias de la Atención Primaria como un nuevo modo de producción social en salud. La baja remuneración de esta profesión en el sector privado hace que muchos encuentren en el SUS una posibilidad de estabilidad, lo que es muy positivo en términos de asegurar profesionales de esa categoría. El desafío es la creación de un nuevo modelo que valore sus competencias núcleo y reconozca su autonomía en la prescripción y en el cuidado. El modelo hegemónico con centralidad en la práctica médica acaba por alejarlo de ese proceso.

Limitaciones

El presente estudio no fue realizado en todas las ciudades brasileñas y se llevó a cabo sólo en aquellas en que los equipos voluntariamente se postularon para el PMAQ; por lo tanto, los resultados deben ser interpretados con la debida cautela, pues no retienen una capacidad de generalización. Tampoco fueron incluidos todos los elementos del equipo, sólo fue elegido un profesional voluntariamente, lo que tiene la posibilidad de sesgo de selección. Además, el estudio presenta como limitación el propio diseño, de corte transversal y que se pauta en entrevistas con el profesional. No hubo control de esos equipos por un período de tiempo o triangulación de los datos obtenidos de las entrevistas con otros, como observación, registros o declaraciones de los usuarios, lo que aumentaría la precisión de los descubrimientos. Sin embargo, es importante destacar que el PMAQ es la primera evaluación con ese alcance y homogeneidad metodológica y, a pesar de las limitaciones, los hallazgos contribuyen en el avance del conocimiento en cuanto al acceso potencializado de la APS, sus nodulos críticos y también un diagnóstico situacional de cuales ciudades tienen más avances en términos de sistemas de cobertura universal y aquellas que no.

Conclusiones

El estudio evidenció que hay una relación entre acceso y condiciones socioeconómicas: a medida que aumentan los estratos de las ciudades, el acceso a los servicios tiende a ser mejor. No obstante, dentro de un contexto de desigualdades e inequidades sociales, se perciben fragilidades que comprometen la organización de las acciones de salud en las ciudades referentes a la disponibilidad, coordinación del cuidado, integración, oferta, principalmente en las ciudades agrupadas en los estratos de 1 a 3. Dada la participación del enfermero en la organización de las acciones de salud, hay que considerar que este profesional está contribuyendo con el acceso potencial a la APS en Brasil.

Referencias

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2014. [Acesso 12 nov 2014]. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. Bull Wrlld Health Org. 2013; 91:710–711. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.127027>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso 8 nov 2013]. 110 p. (Série E. Legislação em

- Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003; 362(9379):233-41.
 5. Cassiani SHDB. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6):891-2
 6. Molina J. Para não perder o trem da história!. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 maio 2015]; 48(1):8-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100001>.
 7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 (BR). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília*: 20 jul. 2011. n. 138, Seção I, p. 79.
 8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013. [Acesso 15 mar 2015]; 29 (5): 847-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
 9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública*. [Internet]. jul 2012 [Acesso 14 jan 2015]; 28(7):1273-84. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
 11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4415-4423.
 12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11): 2923-30.
 13. Spencer, NH. *Essentials of Multivariate data Analysis*. CRC. PRESS: Taylor & Francis; 2014. 186 p.
 14. Mingoti SA. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
 15. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95.
 16. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RCG, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):918-28.
 17. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
 18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes: Objetivos, Metas e 32 Indicadores 2013 – 2015* [Internet]. Brasília: 2013 [Acesso 29 nov 2013]. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>.
 19. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. mar 2013;33(3):190-5. [Acesso 20 out 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300005>.
 20. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*. São Paulo. 2014; 23(3):869-83. [doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011).
 21. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editores. *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care* [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2007 [Acesso 12 jun 2014]. p. 85-104. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf.
 22. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Maria Inês Carsalade Martins, Cunha MS. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2687-702.
 23. Almeida Patty Fidelis de, Giovanella Lúgia, Mendonça Maria Helena Magalhães de, Escorel Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. fev 2010 [Acesso 30 maio 2015]; 26(2):286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201000200008>.

24. Dallegrave D, Camila Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(21):249-56.
25. Brondani DA Jr, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):41-50.

Leer:

Clasificación de los municipios según las variables de contexto

Se subraya que los municipios reclutados para el estudio están clasificados en 6 estratos, considerando el Producto Interno Bruto (PIB) *per capita*, el Porcentaje de la población con Bolsa Familia, el Porcentaje de la población en pobreza extrema y la Densidad Demográfica.

La composición de los estratos consideró, para cada municipio, la menor puntuación entre el porcentaje de la población con *Bolsa Familia* y el porcentaje de la población en pobreza extrema: estrato 1 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 10 mil habitantes); estrato 2 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 20 mil habitantes; estrato 3 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 50 mil habitantes; estrato 4 –

Municipios con puntuación entre 4,82 y 5,40 y población de hasta 100 mil habitantes; estrato 5 – Municipios con puntuación entre 5,41 y 5,85 y población de hasta 500 mil habitantes; y municipios con puntuación inferior a 5,4 y población entre 100,1 y 500 mil habitantes y estrato 6 – Municipios con población superior a 500 mil habitantes o con puntuación igual o superior a 5,85⁽⁷⁾.

Las variables consideradas para evaluar el acceso potencial están descritas en las Tablas 1, 2 y 3 con dimensiones, variables, su característica y naturaleza.

Plan de análisis

Inicialmente, fue efectuado el análisis descriptivo de las características de los estratos de los municipios en términos de recursos ofertados. Respecto al desempeño de los municipios respecto al acceso, ese fue medido utilizándose cuatro dimensiones del instrumento del PMAQ: territorialización, oferta, coordinación del usuario e integración. Para tal, las variables fueron dicotomizadas entre sí y no, aplicando la prueba ji-cuadrado de proporciones para verificar diferencias

entre los estratos de municipios respecto a las dimensiones para el acceso potencial. Cuando necesario, fueron considerados también la prueba ji-cuadrado con corrección de Yates o el Test Exacto de Fisher. Para la variable población, fue aplicada la prueba Kruskal-Wallis para verificar diferencias con relación a la mediana de habitantes acompañados por estrato. En todas las pruebas aplicadas, el alfa fue determinado en 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

El proyecto multicéntrico que produjo el banco de datos fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, bajo el número 21904, el 13 de marzo de 2012, y cumplió con las recomendaciones de la Resolución 196/1996 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de la Salud.

Resultados

Fueron reclutados para el estudio 17202 profesionales de salud. La mayoría era enfermero ($n = 15876$; 92,3%) con tiempo de experiencia entre 1 y 3 años. Además, participaron del estudio 963 médicos (5,6%) y 363 (2,1%) dentistas con período de actividad equivalente.

Entre los sujetos reclutados, predominaron profesionales vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia con salud bucal ($n = 12.075$; 70,2%). Se verificó mediana de un (1) profesional médico, enfermero, técnico de enfermería y cirujano-dentista por equipo. Los datos revelan además que 5991 (49,6%) participantes no lograron responder si los usuarios adscritos a sus unidades podían elegir la unidad de salud para seguimiento.

En la Tabla 1, se verificó el desempeño de los municipios para el acceso de los usuarios, considerando los estratos establecidos en el PMAQ. Fueron constatadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios de los estratos 1, 2 y 3 con los

estratos 4, 5 y 6, observándose que los profesionales de esos últimos se someten más a las cualificaciones ($p = 0,0000$). Respecto al plan de carrera, también fueron observadas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0000$), siendo que los municipios de los estratos 4, 5 y 6 revelan indicadores mejores; valores inferiores fueron encontrados en los estratos 1, 2 y 3. En esos últimos, fueron observadas diferencias estadísticamente significativas respecto a la política de formación y educación permanente ($p = 0,0000$).

También en la Tabla 1, se observan diferencias estadísticamente significativas en términos de cobertura poblacional, en que los estratos 5 y 6 acompañan un número mediano de personas muy superior a los estratos 1, 2 y 3. Asimismo pueden ser observadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios en términos de territorialización, verificando que los municipios de los estratos 4, 5 y 6 revelan mejores indicadores cuando comparados a los otros, con mayor proporción cubierta por el equipo de atención básica ($p=0,0000$) y con frecuencia de visitas domiciliarias todos los días a las familias ($p=0,0000$).

En la tabla 2, están destacados los indicadores de desempeño relacionados a la disponibilidad de recursos, capacidad de coordinación e integración. Se puede observar que, una vez más, los estratos 4, 5 y 6 muestran mejores notas, con significancia estadística, como la escucha a las necesidades de los usuarios ($p=0,0000$), acogimiento con clasificación de riesgo ($p=0,0000$) y agenda organizada para la práctica de las visitas domiciliarias ($p=0,0000$). Los registros de las quejas y conductas por el equipo para la coordinación del cuidado, además de la existencia de un sistema de registro ($p=0,0000$) y presencia de un sistema instituido de regulación ($p=0,0000$) también fueron aspectos en que los municipios 4, 5 y 6 tuvieron mejor desempeño.

La tabla 3 muestra el desempeño de los municipios respecto a la oferta o al rol de servicios. Aquellos clasificados en los estratos 4, 5 y 6 mostraron mejores indicadores respecto a medicamentos suficientes para atender a su población ($p=0,0000$). Sin embargo, una mayor proporción de profesionales en el estrato 6 relataron el uso de prácticas de salud alternativas o complementarias ($p=0,0000$).

Tabla 1 - Desempeño de los municipios respecto a la calificación profesional y territorialización para el acceso de los usuarios a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, Brasil, 2012.

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Calificación Profesional	Tiene o está cursando formación complementaria (n=17.202)							0,000
	Sí	1.708 (9,93)	1.795 (10,43)	2.050 (11,92)	2.694 (15,66)	2.460 (14,30)	3.642 (21,17)	
	No	457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
	Tiene plan de carrera (n=16.936)							0,000
	Sí	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1.810 (10,69)	
	No	1.877 (11,08)	2.069 (12,22)	2.245 (13,26)	2.647 (15,63)	2.194 (12,95)	2.279 (13,46)	
	Existen acciones de educación permanente que involucran los profesionales de la atención básica (n=17.113)							0,000
	Sí	1.432 (8,37)	1.596 (9,33)	1.878 (10,97)	2.601 (15,20)	2.481 (14,50)	3.969 (23,19)	
	No	720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	

Territorialización	Cuál el número de personas bajo la responsabilidad del equipo							0,0001†
	Promedio	2165	2273	2527	3266	2814	4157	
	Consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de personas bajo la responsabilidad del equipo (n=15.691)							0,0000
	Sí	1.024 (6,53)	1.141 (7,27)	1.323 (8,43)	1.705 (10,87)	1.423 (9,07)	2.648 (16,88)	
	No	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1.265 (8,06)	1.115 (7,11)	1.282 (8,17)	
	Existe definición del área de alcance del equipo (n=17.150)							0,0000
	Sí	2.086 (12,16)	2.197 (12,81)	2.456 (14,32)	3.190 (18,60)	2.763 (16,11)	4.113 (23,98)	
	No	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
	Existe población descubierta por la atención básica en el entorno del territorio de alcance del equipo (n=17.092)							0,0000
	Sí	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1.083 (6,34)	1.391 (8,14)	1.513 (8,85)	
	No	1.783 (10,43)	1.724 (10,09)	1.618 (9,47)	2.170 (12,70)	1.406 (8,23)	2.613 (15,29)	
	Con cuál frecuencia las personas fuera del área de alcance del equipo son atendidas por este equipo (n=16.855)							0,0000
	Todos los días	900 (5,34)	828 (4,91)	1.001 (5,94)	1.247 (7,40)	1.255 (7,45)	2.152(12,77)	
	Algunos días de la semana	966 (5,73)	1.135 (6,73)	1.201 (7,13)	1.502 (8,91)	1.222 (7,25)	1.673 (9,93)	
	Ningún día de la semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)	

* p valor estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

† Aplicada prueba Kruskal-Wallis.

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica – 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012.

Tabla 2 – Desempeño de los municipios respecto a la disponibilidad de recursos, coordinación del cuidado y capacidad de integración entre los servicios para el acceso de los usuarios a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Disponibilidad	Los usuarios que llegan espontáneamente tienen sus necesidades escuchadas y evaluadas (n=17.140)							0,0000
	Sí	2.121 (12,37)	2.202 (12,85)	2.442 (14,25)	3.180 (18,55)	2.689 (15,69)	4.078 (23,79)	
	No	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
	El equipo hace evaluación de riesgo y vulnerabilidad en el acogimiento de los usuarios (n=13.739)							0,0066
	Sí	1.265 (9,21)	1.385 (10,08)	1.645 (11,97)	2.286 (16,64)	2.050 (14,92)	3.442 (25,05)	
	No	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
Coordinación del Cuidado	La agenda está organizada para la práctica de visitas domiciliarias (n=13.951)							0,0000
	Sí	1.418 (10,16)	1.628 (11,67)	1.865 (13,37)	2.391 (17,14)	2.253 (16,15)	3.697 (26,50)	
	No	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,590)	
	Mantiene registro de los usuarios de mayor riesgo encaminados para otros servicios de atención (n=17.104)							0,0000
	Sí	826 (4,83)	818 (4,78)	1.104 (6,45)	1.474 (8,62)	1.353 (7,91)	2.385 (13,94)	
	No	1.310 (7,66)	1.439 (8,41)	1.405 (8,21)	1.785 (10,44)	1.449 (8,47)	1.756 (10,27)	
Integración	Existe documento que comprueba coordinación (n= 7960)							0,0000
	Sí	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1.206 (15,15)	1.132 (14,22)	1.978 (24,85)	
	No	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
	Existen protocolos que orientan la priorización de los casos que necesitan de encaminamiento (n=17.037)							0,0000
	Sí	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1.213 (7,12)	1.228 (7,21)	2.907 (17,06)	
	No	1.558 (9,14)	1.636 (9,60)	1.685 (9,89)	2.036 (11,95)	1.567 (9,20)	1.206 (7,08)	
Integración	Existe central de regulación (n=17.201)							0,0000
	Sí	1.880 (10,93)	2.006 (11,66)	2.239 (13,02)	2.907 (16,90)	2.540 (14,77)	4.027 (23,41)	
	No	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
Integración	Existe ficha de encaminamiento de los usuarios para los demás puntos de atención (n=17.201)							0,0000
	Sí	1.752 (10,19)	1.828 (10,63)	2.138 (12,43)	2.970 (17,27)	2.615 (15,20)	4.055 (23,57)	
	No	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	

*p valor estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica – 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012

Tabla 3 - Desempeño de los municipios respecto a la oferta y el rol de servicios para el acceso a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Oferta	Recibe medicamentos de la farmacia básica suficientes para atender a su población (n=17.161)							0,0000
	Sí	1.459 (8,50)	1.490 (8,68)	1.722 (10,03)	2.210 (12,88)	1.830 (10,66)	2.898 (16,89)	
	No	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2.077 (6,28)	
	No recibe medicamentos							
	Sí	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
	Ofrece servicio de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio (n=17.199)							0,0000
	Sí	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1.546 (8,99)	
	No	1.929 (11,22)	2.042 (11,87)	2.222 (12,92)	2.885 (16,77)	2.301 (13,38)	2.611 (15,18)	
	Lleva a cabo visita domiciliar (n=17.199)							0,0075
	Sí	2.146 (12,48)	2.262 (13,15)	2.521 (14,66)	3.253 (18,91)	2.802 (16,29)	4.148 (24,12)	
	No	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)	
	Las familias del área de alcance son visitadas con periodicidad según evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad (n=17.132)							0,0000
Sí	1.963 (11,46)	2.069 (12,08)	2.345 (13,69)	2.997 (15,30)	2.621 (15,30)	3.986 (23,27)		
No	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)		

*p valor estadísticamente significativo (p<0,05).

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica - 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012

Discusión

La participación preponderante del enfermero como respondiente en todos los estratos revela su involucramiento con la APS. La organización de los enfermeros en redes internacionales, reconocida por la Organización Panamericana de Salud, destaca ese papel para cobertura universal de salud⁽⁵⁾. En la evaluación de la influencia de indicadores contextuales y de salud en la cualificación profesional y territorialización, se verificó mejor desempeño en los estratos 4, 5, 6 de municipios con mayor porte poblacional y desarrollo socioeconómico. Muestra distribución desigual de profesionales médicos y enfermeros cualificados, factor limitante a la cobertura universal^(3,13). Ese factor ocurre también en diversos países como Estados Unidos, Australia⁽¹³⁾, México, Gana y Tailandia⁽³⁾, China⁽¹⁴⁾. Las estrategias para atraer y fijar los profesionales son contextuales y multifacéticas y su cualificación a lo largo de la carrera se destaca en la esfera global^(13,15).

El PMAQ reveló estrategias de calificación y educación permanente de los equipos aliadas al uso de tecnología de información y comunicación, facilitadoras de la calificación, mejor capacidad de solución y mayor comunicación entre los médicos generalistas de la APS y especialistas⁽¹⁶⁾.

Con relación a la territorialización, se destaca una cobertura con el número adecuado

de personas por equipo de salud. En Brasil, la territorialización se profundiza con la expansión de la cobertura por la Salud de la Familia, en la lógica oferta-servicio-territorio, a pesar de un grado de flexibilización del territorio a las necesidades de la población, vínculo y responsabilización. Sin embargo, la planificación a partir de la lógica del servicio acaba limitando la oferta⁽¹⁷⁾.

Por una parte, la Salud de la Familia se concretiza como estrategia hacia la cobertura universal, con inclusión de poblaciones antes sin atención y, por otra parte, el número elevado de personas aunque respetando parámetros, amplio espectro de atribuciones y responsabilidad de promoción, prevención y tratamiento de grupos prioritarios, enfermedades crónicas, situaciones de vulnerabilidad estratégicas sobrecargan los profesionales⁽¹⁸⁾. La experiencia brasileña afirma el trabajo en equipo multiprofesional como potencializador de las diferentes dimensiones del cuidado ante la ampliación de la cobertura⁽¹⁹⁾. Ese aspecto relativo al mayor impacto de la colaboración interprofesional de los equipos de cuidados primarios, particularmente en las enfermedades crónicas, puede ser visto en la literatura de otros países, donde queda claro la necesidad de clarificaciones sobre sus potencialidades y límites⁽²⁰⁾.

Respecto a la disponibilidad, se verifica que las necesidades de los usuarios que buscan

el servicio espontáneamente son evaluadas y atendidas en todos los estratos, también con mejor desempeño para los estratos de mayor tamaño poblacional. Las iniciativas de la Salud de la Familia de integrar los dos tipos de demandas – espontánea y marcada – representan uno de los mayores retos al acceso. Demanda alteración de la racionalidad técnica para centrada en el usuario, base de los principios de la APS. Con base en el acúmulo internacional de lecciones aprendidas desde los años 1990 en Dinamarca y Reino Unido, en 2005, el Institute of

Medicine (IOM) lanza propuesta de hasta el año de 2020 implantarla como uno de los dominios de la calidad de la reforma de los cuidados primarios en Estados Unidos⁽²¹⁾.

En este estudio, la visita domiciliar está presente en la agenda de los profesionales de municipios de todos los estratos. Las visitas domiciliarias son fundamentales a la APS y aumentan la positividad del acceso. Sin embargo, no es suficiente evaluar la ocurrencia, pero también su impacto en las condiciones de salud y calidad de los proceso. Una investigación llevada a cabo en Alemania reveló que los profesionales de la APS dudan su eficacia, la consideran una obligación y no se sienten motivados para efectuarla⁽²²⁾. Esa reflexión trae a la superficie, también para la realidad brasileña, la necesidad de debate con los profesionales sobre sus efectos y formas de incentivo.

En los encaminamientos a otros puntos de la atención, a pesar de diferencias significativas entre estratos, se observa que todos relevan desempeño poco satisfactorio, infiriéndose dificultades en la responsabilización por el usuario fuera de la UBS. La existencia de centrales de regulación es más frecuente en los mismos estratos destacados anteriormente. Esos puntos revelan fragilidades en la coordinación, continuidad e integración del cuidado en los diversos niveles de atención en red. Las Redes de Atención de Salud representan la opción brasileña potenciadora del acceso y de la calidad recomendada por la Organización Panamericana de Salud como forma de combatir la fragmentación y promover la integración de los sistemas de salud de América Latina y Caribe. En estos, a resguardo de las especificidades y complejidad, se afronta una variedad de retos debido a la coexistencia de

subsistemas y diferentes grados de integración en el mismo sistema, además de cuestiones estructurales⁽²³⁾.

Sobre la oferta de acciones y servicios de salud, se verificó significancia estadística en los estratos en todos los aspectos evaluados, incluso medicamentos de la farmacia básica. Según la OMS, los sistemas que implementaron la cobertura universal necesitan discutir uso adecuado de medicamentos, verificar sus beneficios y evitar los desperdicios para garantizar la sustentabilidad⁽²⁴⁾. Se verificó baja oferta de prácticas integrativas y complementarias

para los usuarios del territorio que es preconizada por el SUS desde 2006. Además, la OMS reafirma la importancia del crecimiento de la integración de la medicina científica y tradicional para la salud global⁽²⁵⁾.

Limitaciones

El banco de la evaluación externa del ciclo 1 PMAQ tiene limitaciones en la generalización porque no abarcan todos los equipos y trabajan con muestra no estadísticamente representativa que, debido a las cuestiones de factibilidad y/o la característica política de la evaluación, presupone adhesión voluntario del gestor municipal de salud. Sin embargo, es innegable su alcance inédita en todo el territorio nacional con homogeneidad metodológica. El agrupamiento por estratos reveló desigualdades en la oferta, avances y nudos críticos entre los grupos de municipios (estratos). La principal limitación está en el recorte necesario del objeto, que es multifacético. Con los datos disponibles, no se pudo evaluar las dimensiones de las necesidades, ni el uso efectivo de los servicios y su impacto en la salud de la población. Las informaciones fueron basadas en respuestas de práctica y no práctica y se recomienda profundizar como están siendo practicadas las acciones y sus adecuaciones a las demandas y a los parámetros de calidad. Se sugiere el desarrollo de otros trabajos, con el uso de múltiples métodos capaces de articular el aspecto cuantitativo con estudios de caso cualitativos, para mejor aprehender la complejidad del objeto.

Conclusiones

El estudio evidenció que existe una relación entre acceso y condiciones socioeconómicas. Conforme aumentan los estratos de los municipios, el acceso a los servicios tiende a ser mejor pero, dentro de un contexto de desigualdades e inequidades sociales, se perciben limitaciones que comprometen el alcance de la cobertura universal, tales como fragilidades en la organización de las acciones de salud referentes a la disponibilidad, coordinación del cuidado, integración, oferta, principalmente en los municipios agrupados en los estratos de 1 a 3. Ante el involucramiento del enfermero con la organización de las acciones de salud, se considera que ese profesional viene contribuyendo al acceso potencial en la APS en Brasil. Su formación orientada a esa área muestra currículos alineados a las políticas sociales del SUS, que abarcan contenidos de antropología, sociología, gestión en salud, liderazgo y prácticas sanitarias en las comunidades. Ese factor lo hace más poroso a las innovaciones y liderazgos de los equipos en el ámbito de la APS, con mayor motivación a la promoción de cambios, que se contraponen a una remuneración baja en el sector privado. Su involucramiento trae el reto del reconocimiento de su competencia y autonomía en la prescripción y en los cuidados no exclusivos de la categoría médica.

Referencias

1. Abihiro GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(17):1-7.
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. *Bull World Health Organ*. 2013;91(9):710-11.
3. Campell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91:853-63.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and

mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*. 2003;362(1):233-41.

5. Cassiani SHDB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):891-2.
6. Molina J. Para não perder o trem da história! *Rev. esc. enferm. USP*. 2014;48(1):8-17.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014;38(spe):358-72.
8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. saúde pública*. 2013;29(5):847-9.
9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(7):1273-84.
10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4415-23.
12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2923-30.
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
14. Wang X, Zheng A, He X, Jiang H. Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in China: an empirical research. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(42):1-10.
15. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):357-63.

16. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
17. Faria RM. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia*. 2013;9(16):121-30.
18. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):190-5
19. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc. São Paulo*. 2014;23(3):869-83.
20. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30.
21. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-57.
22. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(24):1-11.
23. Ramagem C, Urrutia S, Griffith T, Cruz M, Fabrega R, Holder R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *Int J Integr Care*. 2011;11(Suppl):1-2.
24. Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D. Quality use of medicines within universal health coverage: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(357):1-6.
25. Falkenberg T, Smith M, Robinson N. Traditional and integrative approaches for global health. *Eur J Integr Med*. 2015;7(1):1-4.

Recibido: 31.5.2015

Aceptado: 13.9.2015

Correspondência:

Severina Alice da Costa Uchôa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rua General Gustavo Cordeiro de Faria, s/n
Bairro: Petrópolis
CEP: 59012-570, Natal, RN, Brasil

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.