

Acceso potencial a la atención primaria de salud: ¿qué muestran los datos del programa de mejoría del acceso y de la calidad de Brasil?

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

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 multicentrico, 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.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Cobertura Universal.

¹Estudiante 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.

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 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)	
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)								
Territorialización	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)	
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 (%)	
Coordinación del Cuidado	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)	
	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)	
	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*
Oferta	No recibe medicinas (n=17,161)							
	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)							
	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 domiciliar 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*

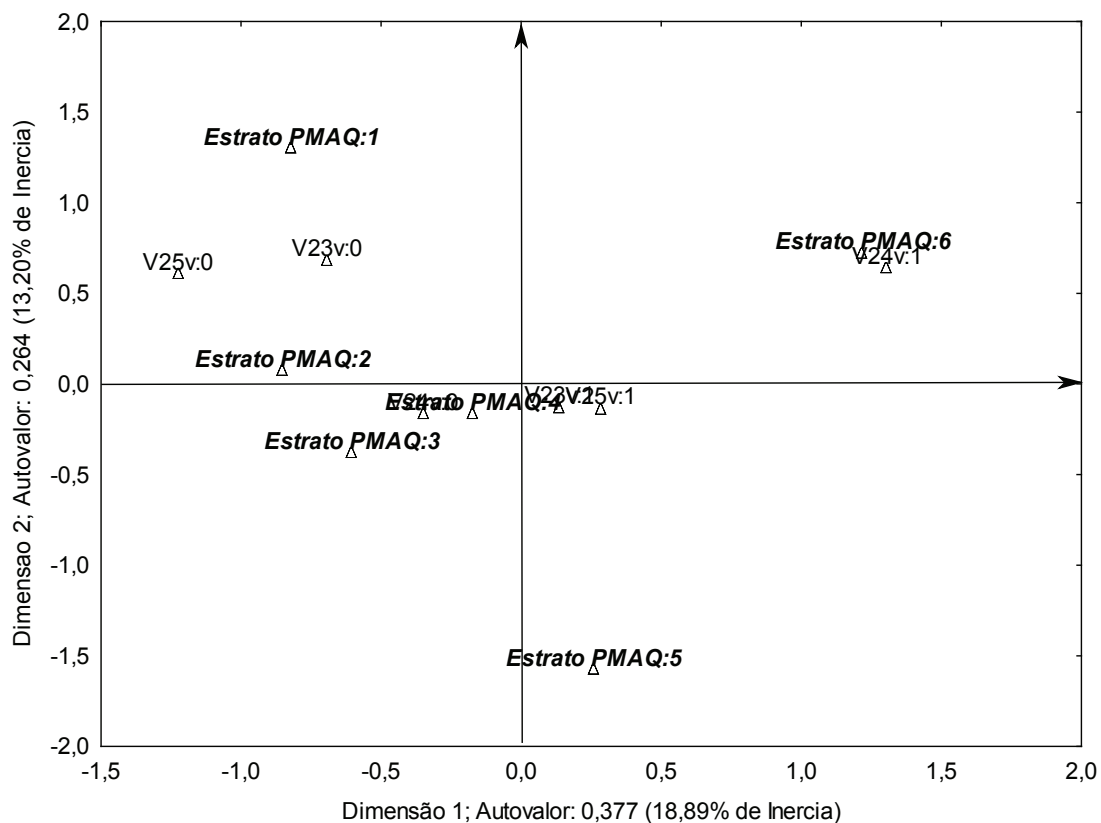
Protocolos que orienten a priorización de casos de encaminamiento n= 13606 v36	6289	46.2	6930	51.0	145	1.1	171	1.3	25	0.2	46	0.3	0.0000*
Central de regulación para encaminamiento n= 17047 v37	12232	90.0	997	7.3	283	2.1	24	0.18	67	0.5	3	0.1	0.6982
Fichas de encaminamiento n= 17047	14782	86.7	1728	10.1	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.



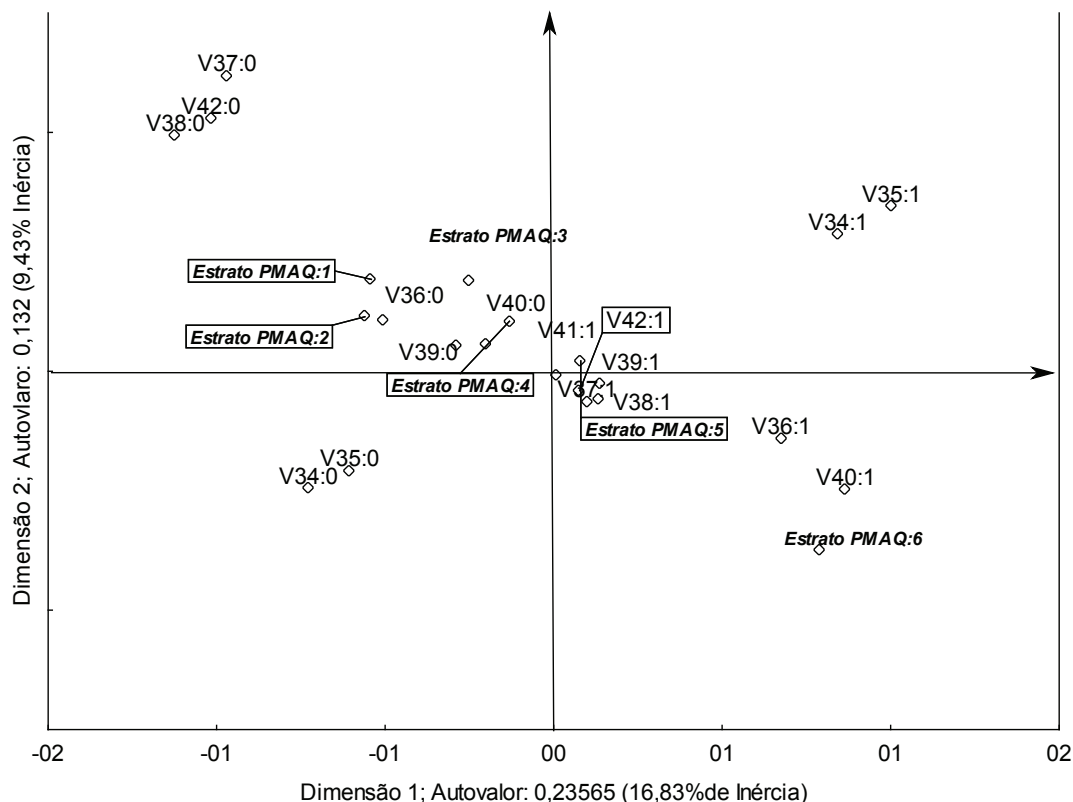
Nota: ¿V230(a) señor(a) posee o está en formación complementaria?; ¿V24 Señor(a) tiene plan de carrera?; V25 Hay en la ciudades acciones de educación permanente que envuelva profesionales de la atención básica; Respuestas 1 (Sí); 0 (No)

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 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.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](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 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.

Recebido: 31.5.2015

Aceito: 7.8.2015

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.