

Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado, DSP,⁽¹⁾ Alaneir de Fátima dos Santos, DSP,⁽¹⁾
Daisy Maria Xavier de Abreu, DSP,⁽²⁾ Alzira Oliveira Jorge, DSP,⁽¹⁾ Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis, MSP,⁽²⁾
Angela Maria de Lourdes Dayrell de Lima, M Admon Publ,⁽²⁾ Lucas Henrique Lobato de Araújo, M en Enf.⁽²⁾

Matta-Machado ATG, Santos AF, Abreu DMX,
Jorge AO, Reis CMR, Lima AMLD, Araújo LHL.
Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo
institucional: la atención primaria en Brasil.
Salud Publica Mex 2016;58:358-365.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7895>

Resumen

Objetivo. Ofrecer un panorama de la distribución del apoyo institucional a la atención primaria en Brasil e identificar la relación entre actividades de apoyo institucional y los resultados de la certificación del Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ). **Material y métodos.** Se efectuó un estudio transversal mediante entrevistas con 16 960 equipos en Brasil, en 2012. Para examinar la relación entre apoyo recibido y la calidad de la atención, se efectuó una regresión logística binaria múltiple. **Resultados.** Se observó una relación positiva entre el alto apoyo y la certificación en las subdimensiones analizadas: atención de la mujer y niños, diabetes mellitus/ hipertensión y salud mental. Las actividades de apoyo que más contribuyeron fueron autoevaluación, evaluación compartida, talleres con objetivos específicos y formación permanente. **Conclusiones.** Las actividades de apoyo institucional ayudaron a mejorar la calidad y el acceso de la población a la asistencia sanitaria en Brasil.

Palabras clave: salud pública; atención primaria; evaluación de la calidad; Brasil

Matta-Machado ATG, Santos AF, Abreu DMX,
Jorge AO, Reis CMR, Lima AMLD, Araújo LHL.
Health care, quality certification and institutional
support: a focus on primary health care in Brazil.
Salud Publica Mex 2016;58:358-365.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7895>

Abstract

Objective. To provide an overview of the distribution of institutional support in primary care in Brazil and to identify associations between the activities of institutional support and the outcome of the certification of the National Programme for Improving Access and Quality in Primary Health Care (PMAQ). **Materials and methods.** A cross-sectional study was conducted through interviews with 16 960 professionals in Brazil in 2012. To examine the relationship between the received support and the quality of health care it was made a multiple binary logistic regression. **Results.** A positive relationship between high-level support and certification in the sub-dimensions analyzed was observed: women and child care, diabetes mellitus/ hypertension and mental health. The support activities which contributed most were: self-assessment, shared assessment, targeted workshops and training. **Conclusion.** Institutional support activities have helped to improve the quality and access of the population to healthcare in the country.

Keywords: public health; primary care; quality assessment; Brazil

(1) Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais. Brasil.

(2) Centro de Estudios de la Salud Colectiva y Nutrición de la Universidad Federal de Minas Gerais. Brasil.

Fecha de recibido: 13 de noviembre de 2014 • **Fecha de aceptado:** 11 de enero de 2016

Autor de correspondencia: Alaneir de Fátima dos Santos. Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Facultad de Medicina de la Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Correo electrónico: laines@uol.com.br

La estructuración del Sistema Único de Salud (SUS), que es el sistema de salud pública universal en Brasil, se fundamenta en la atención primaria, principal puerta de entrada de los usuarios a la red de asistencia sanitaria.

Este proceso es posible gracias a los Equipos de Salud de la Familia (ESF), compuestos principalmente por médicos generalistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, así como por equipos de salud oral. El trabajo del ESF es referente para la asistencia a una población de alrededor de 3 500 personas, con un número de hogares y territorio definido. En 2012, se contabilizaron 33 404 ESF en Brasil. Éstos cubren un total de 105 504 290 habitantes con acceso a la asistencia de atención primaria, lo cual equivale a 54.4% de la población del país.¹

Con el fin de evaluar el acceso y la calidad de la asistencia ofrecida por los ESF en Brasil, el Ministerio de Salud (MS) estableció, en 2011, el Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad (PMAQ). El proyecto PMAQ culmina con la certificación de los ESF de acuerdo con un estándar de calidad. La certificación estipula parte de los recursos transferidos de la Unión a los municipios.²

El objetivo del PMAQ es brindar apoyo técnico y económico para ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención primaria con vistas a garantizar un estándar de calidad equitativo y sujeto a control público. Para tales efectos, se llevó a cabo un proceso destinado a la certificación de los ESF participantes del PMAQ, el cual comprendía el monitoreo de los indicadores del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB, por sus siglas en portugués) y un conjunto de estándares de calidad comprobados en la etapa de la evaluación externa del programa. Para desarrollar la evaluación externa de los ESF, el MS contó con el apoyo de instituciones educativas orientadas a la enseñanza e investigación para organizar y desarrollar los trabajos de campo.²

La herramienta de evaluación externa se dividió en cuatro cuestionarios. El cuestionario I contiene preguntas acerca de infraestructura, materiales e insumos (observación de la unidad y entrevista con un profesional de primer nivel del equipo); el cuestionario II indaga sobre el acceso y la calidad de la asistencia, la organización de la labor del equipo y la coordinación de la red de asistencia sanitaria (entrevista con el coordinador del equipo); el cuestionario III efectúa preguntas sobre la satisfacción del usuario (entrevista con cuatro usuarios), y el cuestionario IV (en línea) efectúa preguntas de carácter complementario a los cuestionarios I, II y III (contestado por el gestor municipal y los equipos).²

La certificación de desempeño de los ESF que intervienen en el PMAQ tuvo lugar de la siguiente manera: a) procesos autoevaluables; b) seguimiento de

los indicadores de acceso y calidad de la asistencia, y c) verificación de un conjunto de estándares de calidad en el propio lugar en el que los equipos desempeñan sus funciones. En el proceso de certificación, se llevó a cabo la división de los municipios en estratos teniendo en cuenta los aspectos sociales, económicos y demográficos.² Además, se agrupó la información en dimensiones y subdimensiones y a cada una se le asignó un peso.

Al final del proceso, se efectuó la certificación de los equipos, con los siguientes desempeños: excelente, bueno, regular e insuficiente. El resultado obtenido se convirtió en parámetro para la transferencia de fondos de la atención primaria a las secretarías municipales de salud. En total, se certificaron 16 960 ESF durante el periodo de abril a diciembre de 2012, lo que representa aproximadamente 50.8% de los ESF existentes en el país en dicho periodo.

El apoyo institucional (AI)³⁻⁵ ofrecido a los ESF desempeña un papel importante en los programas de calidad. Además, el PMAQ estimula el AI ya que el proceso posibilita que los equipos que no cuentan con una certificación positiva salgan de esa situación.

La institucionalización de las actividades de AI en la atención primaria en Brasil capta mucha atención en el ámbito del PMAQ. Según el MS, la función del AI constituye una forma innovadora de llevar a cabo la coordinación, planificación, supervisión y evaluación de la salud con el objetivo de promover y monitorear los procesos de cambio en las organizaciones, pues da un nuevo significado y articula conceptos y tecnologías resultantes del análisis y gestión institucional.² Algunos estudios realizados en Brasil tienen como objetivo comprender el alcance de las acciones del AI.⁶⁻⁸

Tras analizar documentos relacionados con el AI formulados por el MS, Pereira-Júnior⁹ concluye que éstos expresan un deseo de cambio, solidez teorico-política acorde con tal deseo y prioridad por parte de los dirigentes. A pesar de esto, es posible identificar contradicciones y políticas diferentes entre los propios equipos dirigentes, además de dificultades de integración entre áreas y gestores descentralizados.

Una propuesta de curso de grado en Campinas¹⁰ trató de aplicar el AI como estrategia pedagógica. En ésta, los casos clínicos o institucionales presentados por los profesionales fueron discutidos con los profesores, quienes facilitaron la discusión de los casos y la elaboración de los proyectos terapéuticos o de intervención y, al mismo tiempo, trajeron elementos teóricos que incitaron el cuestionamiento y la vinculación de cada caso con la estrategia general de capacitación. Los resultados fueron prometedores.

Al analizar la experiencia del AI en el ámbito de la salud mental,¹¹ se observó la inseparabilidad entre aten-

ción y gestión, entre clínica y política, entre individuo y colectivo. Esta explicitación también fue un proceso sustentado por el AI con el objetivo de aumentar la transversalidad y la colectivización de las prácticas en equipo. Sólo cuando el equipo se reconoce como sujeto colectivo se puede luchar por la democratización y por la gestión conjunta de los procesos y así trabajar en aras de la producción de la salud de los sujetos.

El PMAQ permite conocer con mayor profundidad lo que ocurre en la atención primaria en Brasil. Partiendo de éste, el objetivo de este artículo es presentar una visión general de la distribución del AI en la atención primaria en Brasil e identificar cómo se relacionan las actividades de AI dentro de la atención primaria con el resultado de la certificación del PMAQ en las siguientes áreas de atención: mujeres, niños, hipertensión/diabetes y salud mental.

Material y métodos

Se efectuó un estudio descriptivo transversal de carácter cuantitativo a partir de la base de datos de evaluación externa del PMAQ, estructurada por el MS. Se encuestó a 16 960 ESF pertenecientes a la totalidad de los estados brasileños. El evaluador de calidad entrevistó a los coordinadores de las ESF; posteriormente, se verificaron los documentos probatorios de las afirmaciones realizadas. Como variables, se utilizaron las del cuestionario II del PMAQ, que identifican las actividades de AI ofrecidas a los equipos evaluados: apoyo a la autoevaluación, monitoreo y evaluación de indicadores; apoyo a la planificación y organización; evaluación compartida; taller de objetivos específicos; formación permanente, y reuniones con el equipo.

Para evaluar la calidad de la asistencia, se consideraron cuatro subdimensiones medidas por el PMAQ y que integran la dimensión *Acceso y calidad de la atención y organización del proceso de trabajo*; también se tomaron algunas variables del cuestionario II del PMAQ: *atención a la salud de las mujeres, planificación familiar, atención prenatal, parto y posparto, atención a la salud del niño* (hasta los dos años de edad), *atención a la diabetes mellitus y a la hipertensión arterial sistémica y atención a la salud mental*. Estas subdimensiones recibieron las siguientes clasificaciones por parte del PMAQ: excelente, buena, regular e insuficiente.

En lo referente al análisis de las actividades de AI, se utilizaron los datos de 14 306 (84.4% del total de 16 960) equipos que recibieron alguna actividad de apoyo. Inicialmente, se creó una variable denominada *grado de apoyo*, cuyo objetivo fue representar la cantidad de AI recibido por los equipos. Esta variable se calculó con la suma de AI recibido por el equipo: bajo apoyo (1 a

3 apoyos), apoyo medio (4 a 6 apoyos) y alto apoyo (7 y 8 apoyos). Esta variable se analizó mediante frecuencias absolutas y relativas, así como su distribución según los estratos de los municipios, estados y regiones del país.

Los estratos, formateados por el MS, se elaboraron a partir de los datos de los indicadores socioeconómicos y demográficos de los municipios. Se estructuraron seis estratos para permitir una comparación más homogénea entre los municipios brasileños.

Para examinar las posibles relaciones entre el nivel de apoyo recibido por los ESF y la calidad de la atención, se efectuó un análisis de regresión logística binaria múltiple, cuya variable dependiente fue la certificación de los ESF. Se utilizó la categoría normal/insuficiente como referencia. Se realizaron dos modelos de regresión logística múltiple: en el primero, la variable independiente fue el grado de AI de los ESF; en el segundo, la variable fueron las actividades de AI ofrecidas a los equipos. Cada uno de estos modelos se realizó para cada subdimensión.

Los análisis estadísticos adoptaron el nivel de significación estadística de 5% ($p \leq 0.05$) y el intervalo de confianza (IC) de 95%, con el cálculo de la respectiva razón de momios (OR) para indicar la magnitud de las relaciones. Las estimaciones de la OR e IC de 95% para cada variable se ajustaron para el efecto de las demás variables estudiadas en el modelo. El ajuste del modelo múltiple final se realizó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Evaluación Ética de la *Universidade Federal de Minas Gerais* bajo el número 28 804, el 30 de mayo de 2012.

Resultados

Se analizaron los resultados de 16 960 ESF. De éstos, 14 306 informaron que tienen AI (84.4%), mientras que el resto no tenía ningún tipo de apoyo. En todos los estratos analizados se observó que el mayor porcentaje de los equipos recibe un apoyo mediano. Los ESF del estrato 6 poseen 32.0% de nivel de apoyo alto, mientras que los ESF del estrato 1 tienen 25.2% de apoyo alto. Cabe señalar que, en todos los estratos, el nivel mediano de apoyo superó el bajo y el alto (cuadro I).

Al analizar la distribución del nivel de apoyo en las regiones de Brasil, se observó que las regiones Noreste y Sureste reciben apoyos más altos (32.7 y 31.2%, respectivamente), los cuales superan los de otras regiones (cuadro II).

En cuanto a los estados, los de mayor apoyo son Sao Paulo (43.8%), Bahia (40.7%) y Rio Grande do Norte (36.8%). Los estados de apoyo bajo son Acre (58.1%), Mato Grosso (38.2%) y Distrito Federal (32.1%). Los que

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTRATOS DE ACUERDO CON EL NIVEL DE APOYO DE LOS ESF. BRASIL, 2012

Estrato	Nivel de apoyo – n (%)										Total	
	Otro		Bajo		Mediano		Alto		Ninguno			
1	6	0.3	294	13.7	926	43.3	538	25.2	375	17.5	2 139	100.0
2	5	0.2	369	16.4	885	39.4	633	28.2	354	15.8	2 246	100.0
3	15	0.6	367	14.7	1 010	40.5	775	31.1	326	13.1	2 493	100.0
4	7	0.2	451	14.0	1 390	43.1	926	28.7	454	14.1	3 228	100.0
5	12	0.4	444	15.9	1 147	41.1	797	28.5	394	14.1	2 794	100.0
6	17	0.4	534	13.2	1 457	35.9	1 301	32.0	751	18.5	4 060	100.0
Total	62	0.4	2 459	14.5	6 815	40.2	4 970	29.3	2 654	15.6	16 960	100.0

Fuente: referencia 2

Cuadro II
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE APOYO DE ACUERDO CON LAS REGIONES BRASILEÑAS. BRASIL, 2012

Región	Nivel de apoyo – n (%)											
	Otro		Bajo		Mediano		Alto		Ninguno		Total	
Norte	15	1.5	207	20.1	440	42.7	210	20.4	158	15.3	1 030	100.0
Noreste	8	0.1	669	12.2	2 178	39.7	1 793	32.7	836	15.2	5 484	100.0
Sureste	22	0.3	900	13.9	2 517	38.9	2 020	31.2	1 007	15.6	6 466	100.0
Sur	6	0.2	424	14.7	1 243	43.1	748	25.9	462	16.0	2 883	100.0
Centro oeste	11	1.0	259	23.6	437	39.8	199	18.1	191	17.4	1 097	100.0
Total	62	0.4	2 459	14.5	6 815	40.2	4 970	29.3	2 654	15.6	16 960	100.0

Fuente: referencia 2

no tienen ningún apoyo son Distrito Federal (46.4%), Roraima (45.2%) y Sergipe (36.2%) (cuadro III). Se observa que en el Distrito Federal prevalecen equipos que tienen bajo o ningún apoyo.

El cuadro IV detalla la relación entre las dimensiones de la atención de la salud evaluadas y el nivel de apoyo recibido, utilizando como referencia la certificación regular. Se observó una relación positiva entre el nivel de apoyo alto y la máxima certificación de ESF en todas las subdimensiones analizadas: atención a la mujer (OR=1.576), atención a niños (OR=1.915), diabetes mellitus/hipertensión (OR=1.870) y salud mental (OR=1.516). En relación con el apoyo mediano, se observó que, en salud mental, está asociado negativamente (OR=0.807) con un comportamiento diferente en las otras subdimensiones: mujeres (OR=1.008); niños (OR=1.109), e hipertensión y diabetes (OR=1.229). La relación entre las actividades de apoyo institucional y la certificación

de ESF se detalla en el cuadro V, de acuerdo con las subdimensiones de la asistencia sanitaria.

Las actividades de apoyo que aumentan las posibilidades de que los ESF logren una certificación excelente en todas las subdimensiones analizadas son evaluación compartida, talleres de objetivos específicos y formación permanente. Sin embargo, ni el apoyo a la planificación y organización de los equipos, ni el debate del proceso de trabajo se asocian con una certificación excelente en ninguna de las subdimensiones analizadas (cuadro V).

Otras actividades de apoyo institucional tienen un comportamiento diferente dependiendo de la subdimensión analizada. Por ejemplo, las reuniones con los equipos no están asociadas con una certificación positiva, con excepción de la salud mental, cuyo OR es de 1.10; el monitoreo y la evaluación de los indicadores tiene una asociación positiva en atención a las mujeres (OR=1.37), atención a los niños (OR=1.095) e hiperten-

Cuadro III
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE APOYO DE ACUERDO CON LAS UNIDADES FEDERATIVAS DE BRASIL.
BRASIL, 2012

Unidades federativas	Nivel de apoyo – n (%)										
	Otro		Bajo		Mediano		Alto		Ninguno		Total
Rondônia	0	–	22	24.18	47	51.6	6	6.6	16	17.6	91
Acre	0	–	18	58.06	8	25.8	0	–	5	16.1	31
Amazona	4	2.3	35	20.47	70	40.9	31	18.1	31	18.1	171
Roraima	3	9.7	6	19.35	7	22.6	1	3.2	14	45.2	31
Pará	8	2.3	76	21.65	144	41.0	70	19.9	53	15.1	351
Amapá	0	–	14	28.57	16	32.7	6	12.2	13	26.5	49
Tocantins	0	–	36	11.76	148	48.4	96	31.4	26	8.5	306
Maranhão	0	–	28	25.23	42	37.8	34	30.6	7	6.3	111
Piauí	0	–	44	12.29	162	45.3	106	29.6	46	12.8	358
Ceará	1	0.1	120	13.29	437	48.4	291	32.2	54	6.0	903
Rio Grande do Norte	0	–	46	11.27	166	40.7	150	36.8	46	11.3	408
Paraíba	0	–	78	12.54	198	31.8	145	23.3	201	32.3	622
Pernambuco	2	0.2	152	15.23	410	41.1	321	32.2	113	11.3	998
Alagoas	1	0.3	37	11.04	157	46.9	97	29.0	43	12.8	335
Sergipe	0	–	26	10.70	93	38.3	36	14.8	88	36.2	243
Bahia	4	0.3	138	9.16	513	34.1	613	40.7	238	15.8	1 506
Minas Gerais	9	0.3	530	18.44	1 195	41.6	716	24.9	424	14.8	2 874
Espírito Santo	1	0.3	39	12.19	129	40.3	57	17.8	94	29.4	320
Rio de Janeiro	4	0.4	131	12.82	416	40.7	261	25.5	210	20.5	1 022
São Paulo	8	0.4	200	8.89	777	34.5	986	43.8	279	12.4	2 250
Paraná	1	0.1	163	16.74	357	36.7	267	27.4	187	19.2	974
Santa Catarina	3	0.3	118	10.74	533	48.5	359	32.7	86	7.8	1 099
Rio Grande do Sul	2	0.2	143	17.65	353	43.6	122	15.1	189	23.3	810
Mato Grosso do Sul	0	–	31	16.94	96	52.5	36	19.7	20	10.9	183
Mato Grosso	3	1.4	83	38.25	59	27.2	26	12.0	46	21.2	217
Goiás	8	1.2	136	20.33	278	41.6	135	20.2	112	16.7	669
Distrito Federal	0	–	9	32.14	4	14.3	2	7.1	13	46.4	28
Total	62	0.4	2 459	14.50	6 815	40.2	4 970	29.3	2 654	15.6	16 960

Fuente: referencia 2

sión y diabetes (OR=1.20). A pesar de todo, la salud mental tiene un OR de 0.98 (cuadro V).

Discusión

Este estudio permite observar cómo se está llevando a cabo el proceso de estructuración del AI en Brasil; al respecto, hay que tener en cuenta el tamaño continental del país. Los resultados dejan ver el avance de la estructuración del AI si se considera que la coordinación de los ESF muestra que, en 84.4% de éstos, existe alguna actividad de AI. La finalidad del concepto de AI en Brasil es la ampliación de los espacios de construcción colectiva y el avance efectivo hacia un verdadero proceso de democratización de las instituciones. Campos¹² sintetiza

la importancia del AI cuando dice que se trata de una función que queda reflejada a través de un determinado modo de hacer, que no se sitúa en una sola persona y que persigue la idea de colaboración para fortalecer y establecer redes de colectivos.

Los documentos oficiales del MS refuerzan esta concepción. Sin embargo, pese a haber identificado un avance en el proceso de estructuración del AI en el país, este estudio no permite profundizar en aspectos relativos a sus preceptos. No se detecta un comportamiento en el que las actividades de AI también se establezcan al mismo tiempo que los sistemas de salud se estructuran. No son las regiones más alejadas y de más vulnerabilidad social las que poseen una baja estructuración de las actividades de AI.

Cuadro IV
REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE ENTRE LAS MODALIDADES DE APOYO INSTITUCIONAL
DE SALUD DE LA FAMILIA Y CERTIFICACIÓN, UTILIZANDO COMO CATEGORÍA DE REFERENCIA
LA CERTIFICACIÓN REGULAR (N=14 306). BRASIL, 2012

Dimensión	Nivel de apoyo	B	p	OR	IC95%	
					Mínimo	Máximo
Mujeres	Bajo	—	—	1	—	—
	Mediano	0.008	0.744	1.008	0.961	1.057
	Alto	0.455	0.000	1.576	1.489	1.669
Niños	Bajo	—	—	1	—	—
	Mediano	0.103	0.000	1.109	1.057	1.163
	Alto	0.650	0.000	1.915	1.806	2.03
HAS + DM	Bajo	—	—	1	—	—
	Mediano	0.206	0.000	1.229	1.172	1.289
	Alto	0.626	0.000	1.87	1.764	1.982
Salud mental	Bajo	—	—	1	—	—
	Mediano	-0.215	0.000	0.807	0.769	0.846
	Alto	0.416	0.000	1.516	1.433	1.605

Fuente: referencia 2

* Categoría de referencia: certificación regular

HAS= hipertensión arterial sistémica; DM= diabetes mellitus

Cuadro V
REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE ENTRE LAS MODALIDADES DE APOYO INSTITUCIONAL
DE SALUD DE LA FAMILIA Y LA CERTIFICACIÓN, UTILIZANDO COMO CATEGORÍA DE REFERENCIA
A LA CERTIFICACIÓN REGULAR (N=14 306). BRASIL, 2012

Tipo de apoyo	Apoyo	Atención a mujeres			Atención a niños			Atención a DM + HAS			Atención en salud mental		
		OR	IC95%		OR	IC95%		OR	IC95%		OR	IC95%	
			Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo
Discusión del proceso de trabajo	No	1			1			1			1		
	Sí	0.64 [§]	0.58	0.70	0.67 [§]	0.61	0.75	0.80 [§]	0.72	0.88	0.54 [§]	0.49	0.6
Apoyo a la autoevaluación	No	1			1			1			1		
	Sí	1.16 [§]	1.06	1.27	1.32 [§]	1.22	1.46	1.24 [§]	1.13	1.36	1.03	0.94	1.13
Monitoreo y evaluación de indicadores	No	1			1			1			1		
	Sí	1.37 [§]	1.25	1.52	1.10	0.99	1.21	1.20 [§]	1.08	1.32	0.98	0.89	1.09
Apoyo al planeamiento y organización	No	1			1			1			1		
	Sí	0.95	0.89	1.02	0.96	0.89	1.03	0.84 [§]	0.79	0.91	0.92	0.92	1.07
Evaluación compartida	No	1			1			1			1		
	Sí	1.16 [§]	1.07	1.27	1.32 [§]	1.22	1.44	1.20 [§]	1.11	1.32	1.29 [§]	1.19	1.41
Taller con objetivo específico	No	1			1			1			1		
	Sí	1.12 [‡]	1.04	1.21	1.25 [‡]	1.16	1.34	1.27 [§]	1.18	1.37	1.20 [§]	1.12	1.3
Formación permanente	No	1			1			1			1		
	Sí	1.10 [‡]	1.02	1.19	1.20 [§]	1.11	1.29	1.14 [§]	1.06	1.23	1.40 [§]	1.31	1.52
Reuniones con el equipo	No	1			1			1			1		
	Sí	0.97	0.90	1.05	0.90 [‡]	0.84	0.98	0.98 [§]	0.85	0.99	1.10*	1.02	1.19

Fuente: referencia 2

* $p \leq 0.05$ ‡ $p \leq 0.01$ § $p \leq 0.001$

El AI, en el sentido de intervención-oferta,¹⁰ debe entenderse como una ayuda a replantear el servicio y sus bases organizativas. Se trata de la propia comprensión de lo que estamos considerando *intervención* y que se hace efectiva en las acciones de apoyo institucional que contribuyen a dicha reformulación. Este estudio permite aportar al entendimiento de qué actividades de AI pueden contribuir con la oferta de una mejor asistencia.

Se observó también que existe una relación positiva entre el nivel de apoyo y el resultado obtenido en la certificación en las áreas de asistencia analizadas. Un alto grado de AI significa, respectivamente, 57.6, 91.5, 87.0 y 51.6% de posibilidades por parte de los equipos de obtener una mejor certificación en las áreas de asistencia a la mujer (planificación familiar, atención prenatal, parto y postparto), niños, hipertensión y diabetes, y salud mental. Este proceso refleja el amplio espectro de temas que brinda un AI bien estructurado. Son las actividades de apoyo institucional más específicas y más dirigidas las que se correlacionan con una mejor certificación en todas las áreas analizadas: autoevaluación, evaluación compartida, talleres de actividades con objetivos específicos y formación permanente, cuya característica no está detallada.

Sin embargo, el apoyo a la planificación y organización de los equipos, así como la discusión del proceso de trabajo no se asocian con una gran certificación en todas las subdimensiones analizadas. Son actividades más amplias no localizadas. Es posible que resulte más fácil llevar a término un proceso de construcción más compartido en las actividades específicas, así como lo supone la concepción del AI. De todos modos, el ejercicio de la tutela puede ocurrir de manera más desigual en los procesos más amplios.

El MS¹³ describe la complejidad de la función de apoyador y define los movimientos colectivos como el espacio de trabajo del AI, el cual lleva a cabo la coordinación de la asistencia y la gestión, y se aboca a la tarea de encontrar nuevas formas de operar y producir salud en las instituciones. Así, en su campo de actuación, enumera: 1) poner en acción espacios colectivos a través de acuerdos o dispositivos que faciliten la interacción entre sujetos; 2) reconocer las relaciones de poder, las afectivas y la circulación de conocimientos con el fin de hacer posibles los proyectos de los actores institucionales y sociales; 3) llevar a cabo la intermediación entre el desarrollo de metas comunes y el acuerdo establecido de compromisos y contratos; 4) aumentar la capacidad institucional en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación, y 5) promover la expansión de la capacidad crítica de los grupos, propiciando la realización de procesos transformadores de las prácticas

de salud y colaborando en la mejora de la calidad de la asistencia en el SUS.

Así, en este contexto, en el que las actividades de AI se generalizan en la atención primaria en el país y están vinculadas con una mejor certificación en el PMAQ, se observó que hay actividades de AI que están más fuertemente correlacionadas con los resultados positivos de la certificación. Es necesario profundizar ahora en los estudios en esa dirección con el fin de lograr un mejor entendimiento de dicha dinámica.

Existen importantes límites en esta visión panorámica presentada. Los ESF analizados se inscribieron voluntariamente en el PMAQ, lo que permite suponer que pueden estar mejor organizados y no reflejar la dinámica de los equipos del resto del país. Pese a los límites presentados en este estudio, existen fuertes indicios de que la estructura del AI en la atención primaria aporta una asistencia de mejor calidad para la población brasileña.

Conclusión

Se observó que las actividades de AI en la atención primaria en Brasil ya son significativas. Existen importantes relaciones entre el grado de AI ofrecido a los ESF y los resultados en la certificación del PMAQ en las áreas analizadas: salud de la mujer, niños, diabetes / hipertensión y salud mental.

Las actividades de AI que más aportaron hacia una mejor certificación de los equipos fueron las actividades que tienen una especificidad en autoevaluación, evaluación compartida, talleres con objetivos específicos y formación permanente. Se puede concluir afirmando que el AI se ha estructurado progresivamente en la atención primaria en Brasil y que ha ayudado a mejorar la calidad y el acceso de la población a la asistencia sanitaria en el país.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Histórico de cobertura de saúde da família, 2013. Ministerio de Salud, Departamento de Atención Primaria [documento en internet]. Brasil [consultado el 4 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
2. Ministerio de Salud, Departamento de Atención Primaria. Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ): manual instructivo. Brasília: Ministerio de Salud, 2012.
3. Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. Cad Saude Publica 2008;24(10):2200. <http://doi.org/bb8phb>
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

5. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
6. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saude em Debate* 2010;34(86):423-432.
7. Santos-Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2009;13(supl 1):603-613. <http://doi.org/ccttqp>
8. Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho: o instrumento Programa de Formação em Saúde e Trabalho. *Cad Saude Publica* 2006;14(1):31-48.
9. Pereira-Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2014;18(supl 1):895-908.
10. Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 2014;12(1):29-50. <http://doi.org/bdvz>
11. Eidelwein C. A política nacional de humanização e o desenrolar do fio da esperança equilibrista. *Polis e Psique* 2012;1(2):42-60.
12. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
13. Ministerio de Salud. Ley nº 1.654, de 19 de julio de 2011. Instituye, en el ámbito del Sistema Único de Salud, el Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria [documento en internet]. Brasil [consultado el 4 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>