

Experiencias y desafíos para la inclusión profesional en la atención primaria de salud en Brasil

Experiences and challenges for the professional inclusion in Primary Health Care in Brazil

Diane Costa Moreira^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1263-7677>

José Patrício Bispo Júnior¹ <http://orcid.org/0000-0003-4155-9612>

¹Universidad Federal de Bahía, Instituto Multidisciplinario en Salud (IMS-UFBA). Vitória da Conquista, Brasil.

*Autor para la correspondencia: dicmoreira@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: En Brasil se incluyeron profesionales expertos en la atención primaria de salud como recurso para aumentar la resolución de casos y el alcance de las acciones.

Objetivo: Analizar las contribuciones de los núcleos de apoyo a la salud de la familia para ampliar la capacidad de respuesta de la atención primaria de salud.

Métodos: Estudio de casos múltiples con abordaje cualitativo, realizado en seis municipios del estado de Bahía, Brasil. Se utilizó una matriz analítica desarrollada a partir de atributos de la atención primaria: acceso, longitudinalidad de la atención, coordinación del cuidado y orientación para la comunidad. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas con 83 profesionales de la atención primaria y observaciones de campo. Los datos se organizaron y categorizaron según la técnica de análisis temático.

Resultados: Los núcleos de apoyo no contribuyeron mucho a ampliar la resolución de casos. El acceso a los servicios de los expertos profesionales fue limitado y los núcleos raramente ofrecían atención continua. La actuación en la coordinación del cuidado también fue insatisfactoria. Se evidenció incipiente reducción de la demanda para los otros niveles y frágil interacción con la red de atención. La actuación orientada a la comunidad ocurría de forma parcial.

Conclusiones: El trabajo de los núcleos de apoyo muestra poca contextualización con los atributos de la atención primaria, de ahí la necesidad de superar los obstáculos estructurales y organizativos que comprometen el trabajo de los nuevos profesionales en este nivel básico del sistema de salud.

Palabras clave: atención primaria de salud; grupo de atención al paciente; estrategia de salud familiar; relaciones interprofesionales; sistema único de salud; investigación en servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, experts in primary health care were included as a resource to increase cases resolution and the scope of actions.

Objective: To analyze the contributions of the groups for family health's support in expanding the response capacity of primary health care.

Methods: Multiple cases study with a qualitative approach carried out in six municipalities in Bahia state, Brazil. It was used an analytics matrix developed from primary care attributes like: access, care longitudinality, coordination of care and guidance for the community. The data were obtained by means of semi-structured interviews with 83 primary health care professionals and field observations. The data were organized and categorized according to the technique of thematic analysis.

Results: The support groups did not contributed much to expand the cases resolution. The access to the professional experts' services was limited and the groups rarely offered continuous attention. Performance in the coordination of care was also unsatisfactory. It was shown incipient reduction of demand for the other levels and fragile interaction with the care network. The community-oriented performance occurred partially.

Conclusions: The work of the support groups shows little contextualization with the attributes of primary care, hence the need to overcome structural and organizational obstacles that involve the work of the new professionals in this basic level of the health system.

Keywords: primary health care; patient care's group; family health strategy; interprofessional relations; unique health system; research on health services.

Recibido: 20/09/2018

Aceptado: 15/01/2019



Introducción

El modelo de la atención primaria de salud (APS) integral tiene la capacidad de otorgar mayor efectividad y equidad a los sistemas de salud.^(1,2) Sin embargo, los países de Latinoamérica presentan diferentes estructuras para los cuidados primarios, desde los neoselectivos hasta los de enfoque integral, de acuerdo con los tipos de sistemas de salud.^(3,4) En Brasil, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) se constituye como el principal dispositivo del Sistema Único de Salud (SUS) para la puesta en práctica de la atención primaria integral.⁽⁵⁾ Aunque se reconocen los importantes y significativos avances de la ESF,⁽⁶⁾ aún persisten desafíos para el fortalecimiento de la APS en el país.⁽⁷⁾ Los principales problemas se relacionan con cuestiones estructurales de los establecimientos de salud,^(8,9) dificultades de integración con otros niveles de atención⁽¹⁰⁾ y el poder limitado de resolución de los equipos.⁽¹¹⁾

Como recurso para ampliar el alcance y la capacidad de respuesta de la salud de la familia, en el 2008 se crearon los núcleos de apoyo a la salud de la familia (NASF). Estos núcleos están formados por expertos profesionales de diferentes formaciones como: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y farmacéuticos. Su objetivo es prestar apoyo a los equipos de salud de la familia (EqSF) por medio de orientaciones técnicas a los profesionales y a través de la atención directa a los usuarios, desde que es solicitado por un miembro de este equipo. En las acciones con los usuarios, los núcleos desarrollan atenciones clínicas y acciones educativas y de promoción de la salud.^(5,12) De esta manera, se busca aumentar la capacidad de resolución de los casos en el ámbito de la APS y, por supuesto, reducir los encaminamientos hacia los demás niveles de atención.

El trabajo del NASF se basa en la metodología de apoyo matricial. Esta disposición propone reorientar las prácticas y los modelos de gestión en salud con el desarrollo de relaciones horizontales, integradas y de responsabilidades compartidas entre los profesionales. Los especialistas actúan en el soporte técnico pedagógico y asistencial a los equipos básicos. Se busca asegurar, de modo dinámico e interactivo, el intercambio de conocimientos para ampliar la posibilidad de planes terapéuticos, calificar el cuidado y aumentar la resolución de los casos.^(13,14)

En este contexto, el objetivo de este estudio es analizar las contribuciones de los núcleos de apoyo a la salud de la familia para ampliar la capacidad de respuesta de la APS en relación a los atributos del acceso, longitudinalidad de la atención, coordinación del cuidado y orientación para la comunidad.

Métodos

Se realizó un estudio de casos múltiples, con abordaje cualitativo⁽¹⁵⁾ en seis municipios del estado de Bahía, nordeste de Brasil (Tabla 1). Las localidades fueron seleccionadas por tener equipos de NASF por lo menos durante años y porque se contaba con el permiso de la administración municipal para la realización de la investigación.

Tabla 1- Caracterización de los municipios participantes en la investigación y los equipos estudiados, Bahía, 2017

Municipio	Población* (2017)	Número de EqSF*(2017)	Cobertura de ESF*(2017)	Número de NASF*(2017)	Número de profesionales del NASF entrevistados**	Número de Profesionales de las EqSF entrevistados**
Barra do Choça	35,200	12	100,00	1	2 fisioterapeutas 1 educador físico 1 nutricionista 1 psicólogo	4 enfermeros 2 médicos
Belo Campo	18,459	06	96,25	1	2 psicólogos 2 nutricionistas 1 fisioterapeuta 1 enfermero 1 asistente social	1 enfermero 2 médicos
Brumado	69,022	15	74,49	3	1 asistente social 1 nutricionista 1 farmacéutico 1 fisioterapeuta	6 enfermeros 2 médicos
Guanambi	85,237	19	75,94	2	3 fisioterapeutas 2 asistentes sociales 2 educadores físicos 1 farmacéutico 1 nutricionista	5 enfermeros 1 médico
Poçoões	48,655	15	94,07	2	2 educadores físicos 2 nutricionistas 2 fisioterapeutas 1 psicólogo 1 asistente social	5 enfermeros
Vitória da Conquista	340,199	44	44,86	4	3 fisioterapeutas 2 nutricionistas 2 farmacéuticos 2 psicólogos 1 educador físico	6 enfermeros 6 médicos
Total de encuestados					43 NASF	40 EqSF

Fuente: *Ministerio de Salud de Brasil.⁽¹⁶⁾ **Datos de la investigación.

Para analizar el trabajo del NASF se tomó como referencia los siguientes atributos de la APS: acceso, longitudinalidad de la atención, coordinación del cuidado y orientación para la comunidad.

En la presente investigación se adoptan las siguientes definiciones para los atributos:^(17,18)

- Acceso: uso oportuno de los servicios de salud para alcanzar los mejores resultados posibles, según la disponibilidad y la aceptabilidad.
- Longitudinalidad de la atención: establecimiento de relación de larga duración entre los profesionales de la salud y los usuarios, presupone la asunción de responsabilidad de los profesionales con el usuario a lo largo de la vida.
- Coordinación del cuidado: capacidad de la APS en garantizar una atención integral, en la prestación de servicios en la propia APS o por la garantía de la continuidad de la atención en la red de servicios.
- Orientación para la comunidad: actuación basada en el conocimiento de las necesidades sociales y de salud de la población, también, se relaciona con la participación de la comunidad en las decisiones sobre su salud.

Se desarrolló una matriz analítica, basada en esos atributos, que engloba las directrices para la atención primaria en Brasil,⁽⁵⁾ los preceptos de la metodología del apoyo matricial^(13,14,19) y los presupuestos del trabajo del NASF.^(5,12) En la tabla 2 se presentan las dimensiones analíticas y las variables utilizadas en cada dimensión.

Tabla 2 - Atributos, dimensiones y variables de análisis del trabajo del NASF en la atención primaria a la Salud

Atributo	Dimensiones	Variables	Descripción
Acceso	Acceso del usuario al NASF	Disponibilidad de los equipos de apoyo y formas de acceso	Se refiere al contacto del usuario con los equipos de apoyo en el lugar y en los tiempos apropiados. En cuanto a la organización, indica las formas que posibilitan al usuario acceder al NASF.
		Aceptabilidad	Se trata de la percepción del usuario en cuanto a la satisfacción y la naturaleza de los servicios prestados.
Longitudinalidad	Actuación del NASF en el cuidado longitudinal	Continuidad de la atención	Responsabilidad por el usuario y la familia, con continuidad a lo largo de la vida. Para el NASF, se refiere al cuidado prolongado en casos que demandan atención singular.
		Registro de información	Conocimiento de la historia de vida a través de un mecanismo de registro e intercambio de información entre los equipos de salud. En cuanto al trabajo del NASF, se refiere al registro de las acciones y actividades desarrolladas en los prontuarios de los usuarios.
Coordinación del cuidado	Actuación del NASF en la coordinación del cuidado	Actuación del NASF para ampliar la resolución.	Actuación del NASF para la resolución en la APS, con efecto en la reducción de los encaminamientos para el servicio especializado.
		Articulación entre equipos básicos y de apoyo para resolución y conducción de los casos	Establecimiento de responsabilidades frente a los casos difíciles y desafiantes. La búsqueda define también los servicios, acciones y flujos de los usuarios que demandan otros niveles de atención.
		Articulación del NASF con la red de atención	Se refiere a la integración, al conocimiento y a la articulación del NASF con la red de servicios de salud, con existencias de mecanismos de intercambio de información.

Orientación para la comunidad	Actuación del NASF en la participación social y en el empoderamiento comunitario	Actuación fundamentada a los problemas de la comunidad	Caracterización de la comunidad e identificación de los principales problemas de salud, de sus determinantes y contexto social para la planificación de la actuación. Modifica y monitorea las acciones a partir de las necesidades de la población.
		Intersectorialidad	Identifica los servicios, equipos y recursos existentes en el territorio, con articulación con las redes sociales y los sistemas de apoyo disponibles (dispositivos educativos, religiosos, políticos y filantrópicos) para el enfrentamiento de los problemas identificados.
		Promoción de la participación de la comunidad	Se refiere a la participación comunitaria en la identificación de las principales necesidades de salud, sus determinantes y la planificación de soluciones. Se refiere a la actuación de los equipos de salud para el empoderamiento de la población y movilización social en el enfrentamiento de los problemas comunitarios.

Fuente: elaborado con base en Starfield,⁽¹⁷⁾ Giovanella y Mendonça,⁽¹⁸⁾ Oliveira y Campos,⁽¹⁹⁾ Cunha y Campos,⁽¹³⁾ Campos y otros.⁽¹⁴⁾

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con uso de guion, con 43 profesionales del NASF y 40 profesionales de las EqSF (Tabla 1). Para la selección de los participantes se consideró que el tiempo de actuación en el actual equipo fuera superior a seis meses. Se les invitó a participar en el estudio a todos los profesionales del NASF, de los seis municipios estudiados, que atendían al criterio temporal establecido. Para los profesionales de las EqSF se consideró el mismo tiempo de actuación y trabajo en un equipo que contara con el apoyo del NASF. Las entrevistas se realizaron entre junio de 2014 y febrero de 2015. Se utilizó también como fuente de datos los registros de las observaciones de campo en las unidades de salud de la familia y del trabajo de los equipos.

Los datos fueron organizados, refinados y categorizados de acuerdo con la técnica de análisis temática propuesta por *Gibbs*.⁽²⁰⁾ El análisis final fue realizado con la triangulación de los datos de las entrevistas de los profesionales del NASF y de las EqSF y del registro de las observaciones. Se buscó identificar convergencias y divergencias relacionadas a las variables analizadas en cada dimensión. A partir de las sistematizaciones realizadas, los

hallazgos de cada una de las variables fueron cotejados con el desempeño esperado y se verificó el alcance de cada dimensión.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética en investigación del Instituto Multidisciplinario en Salud de la Universidad Federal de Bahía, opinión 377.448. Los participantes firmaron el consentimiento informado antes de la recolección de los datos.

Resultados

Acceso del usuario al NASF

Los resultados demostraron que el acceso de los usuarios al NASF era limitado. La disponibilidad de la atención era restringida y existían barreras para utilizar los servicios prestados. Dos aspectos se destacaron como principales limitadores en la disponibilidad y acceso a los equipos de apoyo: el elevado número de EqSF para cada NASF y la forma de organización del trabajo.

Cada núcleo de apoyo tenía bajo su responsabilidad entre 8 a 10 EqSF, lo que equivale a una población de hasta 40 000 personas. En consecuencia, se evidenciaron dificultades de contacto con los usuarios y con los médicos y enfermeros: "las actividades del NASF no son accesibles a todos. No es ni por culpa del NASF, sino por el número de equipos, lo que lo preconiza." (EqSF 40, médico).

En cuanto a las formas de acceso, se observó que el mecanismo prioritario era por medio de las actividades colectivas desarrolladas por los núcleos de apoyo, con destaque para los grupos educativos y de promoción de la salud. La dirección de los usuarios a través de médicos y enfermeras era poco frecuente. Las atenciones individuales y las visitas domiciliarias constituían actividades poco usuales: "a no ser, excepto, un caso de un paciente acamado. Pero, excepto así, un caso raro." (NASF 29, fisioterapeuta).

Los grupos educativos funcionan como mecanismo de selección. Los usuarios se dirigen a los grupos y en esos espacios se escogen aquellos que tendrán acceso a las atenciones clínicas. En cuanto a la aceptabilidad de las acciones, también se demostró fragilidad en esta variable, una vez que la población demuestra la necesidad de mayor atención clínica e individual: "porque la persona no quiere grupo. Ella necesita hablar de su problema particular, ella necesita resolver su problema. Ella no quiere participar de actividad de grupo, ¿entendió? Entonces, tanto que en el grupo la adhesión es poca." (EqSF 33, enfermero).

Se señaló que la participación de la población en las actividades educativas es baja y los grupos ocurren con un pequeño número de frequentadores.

Actuación del NASF en el cuidado longitudinal

Los núcleos de apoyo raramente ofrecen atención continua a los usuarios. Esta situación guarda relación con la forma de organización del trabajo dirigido a las actividades colectivas. Según los profesionales del NASF, ellos no tienen la responsabilidad de prestar cuidados a lo largo de la vida: "porque, desgraciadamente, la gente no puede dar ese acompañamiento, de estar presente constantemente. El NASF no tiene esa función. Él es más la parte educativa." (NASF 13, asistente social). En ese sentido, el NASF no se responsabiliza mucho con las necesidades clínicas que demandan atención prolongada. Este aspecto fue señalado por los médicos y enfermeros como un limitador del trabajo de los profesionales de apoyo. Sobre el registro de los cuidados prestados, se evidenció también la baja utilización de los prontuarios por parte del NASF. Los profesionales de apoyo consultan poco y raramente registran en prontuario las intervenciones realizadas. El registro de sus actividades se realiza solo en fichas de control de productividad: "la ficha de registro es básicamente la ficha de registro del SUS y el cuaderno de anotación de cada profesional." (NASF 29, fisioterapeuta). Debido a la importancia que tienen estos instrumentos, restringir su uso solo favorecería la fragmentación y la desarticulación de la atención prestada.

Actuación del NASF en la coordinación del cuidado

El soporte desarrollado por el NASF en la coordinación del cuidado se demostró limitado, lo que se evidenció frente a las fragilidades de las tres variables analizadas en esa dimensión. Con el trabajo del NASF, la capacidad resolutoria en la APS y la reducción de sobrecarga para otros niveles de atención no quedaron explícitas. Los profesionales de las EqSF manifestaron sentirse poco apoyados ante casos que podrían resolverse en el nivel primario y que el trabajo del NASF se muestra poco resolutivo ante las necesidades del territorio: "no resuelven el punto de hacer que esto suceda, de disminuir esa demanda para el servicio especializado" (EqSF 33, enfermero).

Se demostró que esto también está relacionado con la insuficiente interacción entre los dos equipos. Son raros los momentos de construcción conjunta de directrices clínicas, del establecimiento de responsabilidades y definición de flujos de usuarios, lo que denota dificultades en la función de soporte para la coordinación del cuidado.

Se evidenció la frágil articulación de los núcleos con los otros niveles de atención. El poco conocimiento de los servicios existentes, fragilidad en los mecanismos de comunicación y poca atención secundaria, los que se mostraron como limitadores de la integración con la red de atención: "Usted ve el caso y lo analiza, después usted se pregunta, ¿hacia dónde me encamino? Porque usted necesita la red de apoyo, ¿y dónde está esa red?" (NASF 27, nutricionista). De esta manera, se demostró que la asignación del NASF como auxiliar de los EqSF en su articulación con los servicios especializados no era efectiva. También la integración de las EqSF a la red de atención se demostró que era frágil. Los encaminamientos de usuarios hacia los otros niveles de atención fueron realizados por un departamento en el nivel central de gestión, sin ningún tipo de articulación o contacto entre los profesionales de las EqSF y los otros niveles.

Actuación del NASF en la participación social y en el empoderamiento comunitario

Con base en las tres variables analizadas, se evidenció que la actuación del NASF presentaba pocas iniciativas de promoción e incentivo al desarrollo comunitario. Las actividades del NASF se desarrollaron de manera parcial, de acuerdo con las necesidades de las comunidades. Se observó un direccionamiento para programas específicos, como la atención a los hipertensos, diabéticos, tabaquistas y gestantes. Las demandas clínicas y de seguimiento de casos, fuertemente manifestadas por las EqSF, eran poco atendidas. Sobre la intersectorialidad, se constató un nivel moderado de articulación con los otros sectores. El sector al que más se accedió fue al de educación, principalmente, por el desarrollo del programa salud en la escuela. También se constataron contactos frecuentes con los servicios de asistencia social, los que se acciona en casos de elevada vulnerabilidad social.

Por último, se evidenció la baja participación del NASF en el estímulo a la participación social. Estos profesionales rara vez participan en las reuniones de consejos de salud, a veces ni siquiera conocen la existencia de estos mecanismos: "Si hay un consejo de salud, nunca participamos." (NASF 21, educador físico).

Los niveles de participación social se señalaron como bajos, como consecuencia de la débil cultura cívica y del descrédito en las instancias participativas existentes. Incluso ante este contexto, el NASF actuaba poco en la promoción del empoderamiento comunitario.

Discusión

El estudio demuestra que la actuación del NASF contribuye poco en la ampliación de la resolución de los EqSF. En las cuatro dimensiones analizadas, aunque se perciben algunos avances, se evidencian fragilidades importantes para el desarrollo del cuidado integral.

En la dimensión del acceso del usuario al NASF, se observa la existencia de barreras estructurales y organizativas que limitan el contacto de los usuarios con los equipos de apoyo. El desarrollo de la APS integral implica la ausencia de estas barreras para que los servicios sean accesibles y adecuados a las necesidades de salud y preferencias de la población.^(21,22)

De acuerdo con las definiciones legales, los núcleos de apoyo no deben constituir servicios de primer contacto. El acceso a los profesionales de estos núcleos debe ser por solicitud de los EqSF.⁽¹²⁾ En el estudio se observó un acceso limitado al NASF mediado por los EqSF, lo que refleja la distorsión de la metodología del apoyo matricial y la frágil interacción entre los dos tipos de equipos. De esa manera, se verifica la organización del trabajo con priorización de acciones preventivas y subvalorización de la clínica, contrariamente a lo que recomiendan *Campos* y otros⁽¹⁴⁾ que estimulan el desarrollo de una clínica ampliada y compartida entre equipos.

Las restricciones en la disponibilidad de los servicios influyen en la baja aceptación de las acciones desarrolladas. Por no atenderse debidamente los problemas clínicos, la población le da poco valor a las actividades grupales. Otros estudios sobre APS también demuestran que el acceso restringido, burocratizado y dirigido solo al trabajo en grupo implica una aceptación reducida.^(23,24)

La actuación enfocada en la promoción de la salud conduce a un proceso de negación de la clínica, en lugar de su ampliación, y a la restricción de su acceso. *Norman* y *Tesser*⁽²⁵⁾ destacan que las acciones preventivas y de promoción a la salud deben ser construidas en concomitancia con las necesidades individuales y clínicas. Por ello, el trabajo en la APS debe abarcar las condiciones individuales, mientras que promueve espacios colectivos de salud.⁽²¹⁾

Los núcleos de apoyo no proporcionan cuidado longitudinal a los usuarios. Es importante destacar que, según la metodología del apoyo matricial, el equipo de referencia es el responsable de la continuidad del cuidado a lo largo de la vida.⁽¹³⁾ No corresponde al NASF prestar asistencia continua a todos los usuarios. Sin embargo, para casos que demandan atención especial no le conviene prestar solo atenciones puntuales, porque esto tiene implicaciones en la resolución de la atención. También, la no utilización del prontuario por

los núcleos de apoyo imposibilita el amplio conocimiento de la historia personal y familiar, porque se debilita la continuidad de la atención. El cuidado efectivo presupone la necesidad de conocimiento de la historia clínica entre todos los profesionales que ofrecen atención al usuario o a la familia.^(17,26) De este modo, el desarrollo del apoyo matricial demanda la necesidad de llevar el registro y el intercambio de informaciones entre los equipos básicos y los de apoyo, desde la perspectiva de superar la lógica de las atenciones puntuales, la desarticulación y la desconexión.

La actuación de los profesionales de apoyo en la coordinación del cuidado tampoco demostró resultados importantes. Se espera que los núcleos amplíen la capacidad resolutoria de la APS y contribuyan a la articulación de las EqSF con la red de atención.⁽¹²⁾ Sin embargo, el trabajo del NASF demuestra poca contribución a la resolución de casos y a la disminución de los encaminamientos. Además, hay poco conocimiento de la red asistencial y poca comunicación formal e informal con los servicios especializados, lo que contribuye a la fragmentación. Resultados similares fueron encontrados en otros municipios brasileños, tanto en la coordinación para la atención especializada como en relación a la comunicación entre los profesionales.⁽¹⁰⁾ Otros países también presentan dificultades para la integración entre los niveles asistenciales,^(27,28) lo que ratifica los persistentes desafíos de la APS como coordinadora del cuidado.

En este contexto, la utilización de equipos multiprofesionales en la APS se reporta como un importante instrumento para potenciar la resolución de los problemas de salud^(26,29). Así, la metodología del apoyo matricial puede ampliar el cuidado y contribuir a la mejor definición del flujo terapéutico en la red especializada.^(30,31)

En la dimensión orientación para la comunidad, en la actuación del NASF también hay obstáculos. Se percibe una incipiente capacidad para la articulación intersectorial y para la movilización de las comunidades locales. La participación⁽⁷⁾ y la intersectorialidad⁽³²⁾ se destacan como importantes atributos para el sector salud, pues transforman a las personas en agentes activos en la toma de decisión sobre recursos y definición de prioridades.⁽³³⁾ Sin embargo, es necesario superar el método del enfoque y la forma en que la comunidad participa, relegada a menudo al papel de simple espectadora.⁽³⁴⁾

En Brasil, los consejos de salud son mecanismos institucionales que garantizan la participación de la comunidad en el proceso deliberativo del SUS.⁽³⁵⁾ Así, se considera que la actuación de equipos de apoyo descontextualizados de la realidad local y poco comprometida con el fortalecimiento de la participación social se aleja de la orientación comunitaria deseada para la APS integral.

Las principales limitaciones del presente estudio se relacionan con la composición de los grupos de sujetos. Se abordaron solo los profesionales médicos y enfermeros de los EqSF y los profesionales del NASF. Se necesitan nuevos estudios que contemplen la mirada de los agentes comunitarios de salud y los usuarios que utilizan los servicios de los equipos de apoyo.

El estudio demuestra que las contribuciones de los núcleos de apoyo al aumento de la capacidad de respuesta en la atención primaria en Brasil son restringidas. El trabajo de estos equipos se muestra poco contextualizado con los atributos de la atención primaria y con la propia metodología del apoyo matricial. Los factores de orden estructural, organizacional y formativo parecen actuar sinérgicamente para la persistencia de los obstáculos.

Por lo que es importante destacar que la inclusión de nuevos profesionales en la APS constituye una potente herramienta para ampliar las prácticas y promover el cuidado integrado y resolutivo. Por lo que los resultados sugieren la necesidad de superar las debilidades encontradas que obstaculizan el desempeño de los núcleos de apoyo e interfieren en la capacidad resolutiva de la Estrategia Salud de la Familia.

Se puede concluir que el trabajo de los núcleos de apoyo muestra poca contextualización con los atributos de la atención primaria, de ahí la necesidad de superar los obstáculos estructurales y organizativos que comprometen el trabajo de los nuevos profesionales en este nivel básico del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26 (Suppl 1):20-6.
2. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cub Sal Públ. 2017 [acceso 07/04/2020];43:1-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011
3. Acosta-Ramírez N, Giovanella L, Vega Romero R, Silva HT, Almeida PF, Ríos G, *et al.* Mapping primary health care renewal in South America. Fam Pract. 2016 [acceso 07/04/2020];33(3):261-7. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/article/33/3/261/1749542>
4. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, *et al.* Health-system reform and universal health coverage in Latin America. The Lancet. 2015 [acceso 07/04/2020];385(9974):1230-47. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61646-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61646-9/fulltext)

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acceso 07/04/2020]. Disponible en: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy-Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med.* 2015 [acceso 07/04/2020];372(23):2177-81. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
7. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México.* 2011 [acceso 07/04/2020];53(Suppl 2):120-31. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5034/10033>
8. Osorio AG, Álvarez CV. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria.* 2013 [acceso 07/04/2020];45(7):384-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>
9. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MH, *et al.* Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambul Care Manage.* 2017 [acceso 07/04/2020];40(Suppl 2):60-70. Disponible en: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Evaluation_of_Brazilian_Primary_Health_Care_From.7.aspx
10. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet.* 2017 [acceso 07/04/2020];22(6):1845-56. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Garcia-Subirats I, Lorenzo IV, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MR, Unger JP, *et al.* Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit.* 2014 [acceso 07/04/2020];28(6):480-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114001629>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Cadernos da Atenção Básica, 39). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acceso 07/04/2020]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
13. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011 [acceso 07/04/2020];20(4):961-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
14. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu). 2014 [acceso 07/04/2020];18(Sup 11):983-95. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
15. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e Métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE); 2017 [acceso: 29/05/2018]. Disponible en: <http://sage.saude.gov.br/>
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
18. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p 493-546.
19. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. Cien Saude Colet. 2015 [acceso 07/04/2020];20(1):229-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000100229&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Gibbs G. Análise de Dados Qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. OPS. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS; 2007. [acceso 07/04/2020]. Disponible en: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=533-la-renovacion-atencion-primaria-salud-las-americas-3&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965

22. Reverón SF. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cub Sal Públ.* 2017 [acceso 07/04/2020];43(2):272-286 Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/761/869>
23. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MR, Unger JP, *et al.* Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med.* 2014 [acceso 07/04/2020];106:204-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614000951?via%3Dihub>
24. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate.* 2014 [acceso 07/04/2020];38:252-64. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
25. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2015 [acceso 07/04/2020];24:165-79. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
26. Waibel S, Henaó D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2012 [acceso 07/04/2020];24(1):39-48. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/24/1/39/1803960>
27. Busse R, Stahl J. Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Aff (Millwood).* 2014 [acceso 07/04/2020];33(9):1549-58. Disponible en: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2014.0419?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
28. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica.* 2013 [acceso 07/04/2020];33(3):190-5. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/190-195/pt>
29. Zlateva I, Anderson D, Coman E, Khatri K, Tian T, Fifield J. Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2015 [acceso 07/04/2020];15:226. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0893-1>

30. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. Cien Saude Colet. 2012 [acceso 07/04/2020];17(5):1143-50. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
31. 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. [acceso 07/04/2020]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>
32. Bethencourt JAB, Ramis Andalia RM, Nápoles MM. Investigación traslacional y transdisciplinaria en salud pública. Rev Cub Sal Públ. 2014 [acceso 07/04/2020];40(2):236-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200008
33. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, *et al.* Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit. 2017 [acceso 07/04/2020];31(3):269-72. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2017.v31n3/269-272/pt/>
34. March S, Martín MJ, Gomis IM, Azagra CBB, Elizalde L, Ramos R. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. Gac Sanit. 2014 [acceso 07/04/2020];28(4):267-73. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2014.v28n4/267-273/es/>
35. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Cien Saude Colet. 2013 [acceso 07/04/2020];18(1):7-16. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de los autores

Diane Costa Moreira: participó en la recogida, análisis e interpretación de los datos, la escritura del artículo con revisión crítica y aprobación de la versión final.

José Patrício Bispo Júnior: participó en la concepción y el diseño del estudio, en la recogida, análisis e interpretación de los datos, la escritura del artículo con revisión crítica y aprobación de la versión final.

Financiación

El estudio fue financiado por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Bahía (FAPESB). Apoyo otorgado a través del Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS-BA), Edital FAPESB 20/2013.