

Evaluación del vínculo longitudinal con el usuario y su relación con la residencia en medicina familiar y comunitaria en un área del municipio de Río de Janeiro, Brasil

Érica Paiva de Barros Bastos (<https://orcid.org/0009-0001-3162-4575>)¹

Luiz Felipe Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-9888-606X>)²

Resumen La Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil se ha fortalecido en las últimas décadas, junto con la demanda de trabajadores del sector. Se trata de un estudio transversal ($n = 492$) con el objetivo de evaluar el vínculo longitudinal entre los usuarios adultos y su relación con el Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria (PRMFC) en un área de la ciudad de Río de Janeiro, desde la perspectiva de los usuarios adultos. Para ello, se utilizó el cuestionario Primary Care Assessment Tool, versión reducida, combinado con la versión ampliada del atributo "longitudinalidad". La investigación se realizó en dos clínicas de familia, una participante en el PRMFC desde hace más de diez años y la otra no participante. La puntuación global de la APS para toda la población del estudio fue de 5,63 (4,56; 5,80). En comparación, el rendimiento de la Clínica de la Familia con PRMFC fue superior (6,32 [6,12; 6,53]) al de la unidad sin el programa (4,94 [4,70; 5,19]). En cuanto a la longitudinalidad, la primera también obtuvo una puntuación más alta (7,02 [6,81; 7,23]) que la segunda (5,43 [5,17; 5,68]). Los resultados de este estudio apuntan a que el PRMFC puede ser una herramienta útil para mejorar la calidad de los servicios a través de la cualificación de los médicos de familia, pero para ello es necesario invertir en el área.

Palabras clave Atención Primaria de Salud, Longitudinalidad, Evaluación en salud, Río de Janeiro

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Av. Nossa Sra. da Penha 42, Penha. 21070-390 Rio de Janeiro RJ Brasil. ericapbb@gmail.com

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

Consolidada en la conferencia internacional sobre atención primaria de 1978, en Alma-Ata, la atención primaria de salud (APS) es reconocida como un modelo que proporciona un mayor y mejor acceso al sistema de salud, además de ser una forma de reorganizar los sistemas de salud en todo el mundo¹. En los sistemas de salud universales, es el primer nivel de acceso de los usuarios a los servicios y debe encargarse de atender las afecciones más comunes y resolver la mayor parte de las demandas de salud de una población².

Para orientar la organización de estos servicios, Barbara Starfield definió un conjunto de características deseables para guiar la evaluación de los servicios de APS, así como atributos esenciales y derivados. Entre ellos, la longitudinalidad es la característica de la APS de ser una fuente habitual de atención para el individuo a lo largo del tiempo, con una relación establecida con un médico, equipo o lugar al que se solicita atención en caso de necesidad, manteniéndose la relación incluso en ausencia de enfermedad. Mantener esta relación es beneficioso para la atención de los usuarios de un sistema de salud³.

En Brasil, la implantación de la APS se inició en la década de 1990, tras la Constitución de 1988 y el establecimiento del Sistema Único de Salud (SUS)⁴. Respetando las características de este sistema, el sector primario evolucionó con una organización descentralizada, con responsabilidad municipal en su planificación y características heterogéneas en todo el país.

En el municipio de Río de Janeiro, la APS se caracterizó por la baja capacidad de expansión de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) hasta 2009, organizada en centros de salud con médicos especialistas⁵ y una cobertura de sólo el 3,5% de la ESF. A partir de 2009, se inició una reforma de los cuidados en la atención primaria de salud (RCAPS), con un plan que incentivó la expansión de los servicios de APS, priorizando la ESF como modelo, a través de la reestructuración administrativa, organizacional y del propio modelo de atención. Este movimiento se tradujo en un aumento significativo de la cobertura de la población por la APS en el municipio, pasando del 3,5% de cobertura en diciembre de 2008 al 55% en 2015, al igual que el número de equipos de salud de la familia desplegados, que pasó de 128 en 2008 a 958 en 2016⁵.

Los años de 2018 a 2020 supusieron un retroceso para el modelo, con nuevas configuraciones en los equipos de salud, una reducción del número

de agentes y un descenso del 35% en el número de equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Sin embargo, en 2021, se observó la retomada de los esfuerzos para el fomento y la expansión de la APS, tras un nuevo cambio en la gestión. Según datos de la página web e-Gestor AB, con relación al histórico de cobertura de la APS, en octubre de 2023 el municipio de Río contaba con 1.256 equipos y una cobertura poblacional de aproximadamente el 82%.

El aumento de la cobertura de la APS ha llevado a la demanda de más profesionales en el sector. Así, como forma de atender la demanda de profesionales médicos causada por la expansión de la APS y para incentivar la formación, retención y contratación de profesionales, la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro (SMS-RJ) inició, en 2012, el Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria (PR-MFC-Rio), con el objetivo de ofrecer formación a los profesionales de la ESF, además de fortalecer los otros programas (UFRJ/Fiocruz y UERJ) que existían anteriormente en el municipio⁶.

Dada la importancia que la APS ha ganado en el sistema de salud brasileño desde su creación, se han profundizado los debates sobre su eficacia y eficiencia⁷. Esto ha llevado a la búsqueda de formas de evaluar el sector para identificar sus fortalezas y debilidades y contribuir a mejorar la gestión⁸. De los instrumentos disponibles, el *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) es una herramienta utilizada en muchos países y validada a nivel nacional, capaz de medir el grado de orientación de la APS, con versiones disponibles para su aplicación a profesionales, gestores y usuarios⁶.

El municipio de Río de Janeiro presenta un escenario único en términos de su construcción, además de ser sede del mayor programa de residencia en medicina familiar y comunitaria del país, con la apertura de 150 vacantes anuales y la presencia activa de esos residentes en los procesos de trabajo de las clínicas de familia. Por lo tanto, es necesario evaluar la calidad de las estructuras y procesos de APS durante la formación de estos profesionales.

Las evaluaciones de los servicios de salud en Río de Janeiro son todavía escasas e irregulares, especialmente en relación a la residencia médica. En la literatura se pueden encontrar dos importantes evaluaciones realizadas por Harzheim en el municipio utilizando el PCATool, ambas necesitan ser actualizadas. La primera en 2013, cuando se aplicó la versión profesional de la herramienta, con mejores resultados para los especialistas en

medicina familiar y comunitaria (MFyC)⁹; la otra en 2014, con una muestra amplia¹⁰. La residencia médica no se abordó en estos estudios.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la dimensión del vínculo longitudinal y su relación con la residencia de medicina familiar y comunitaria en el área programática 3.1 de la ciudad de Rio de Janeiro, desde la perspectiva de los usuarios adultos. También se buscó caracterizar el perfil de los entrevistados según género, grupo de edad, raza/color y situación conyugal, así como su relación con la longitudinalidad y examinar la evaluación de los usuarios utilizando el PCATool con relación a la puntuación global obtenida en cada unidad.

Materiales y métodos

Se realizó una encuesta poblacional con usuarios adultos en dos unidades de atención primaria de salud del área de planificación 3.1 del municipio de Río de Janeiro: la Clínica de la Familia Felipe Cardoso (CFFC) y la Clínica de la Familia Nilda Campos (CFNC). Como criterios de inclusión, el usuario debía estar registrada desde hacía más de un año en cada clínica y tener 18 años o más.

El tamaño de la muestra aleatoria simple (MAS) fue calculado con el objetivo de comparar el grado de orientación a la APS (puntuación global - de 0 a 10) entre las dos clínicas de familia (CF). Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95% y una precisión (d) del 6,5% de las estimaciones a calcular, considerando que, además de las puntuaciones del cuestionario generadas por PCATool, habría varias preguntas con frecuencias (prevalencias) que también se calcularían. Por lo tanto, debido a la falta de estudios previos recientes, consideramos el caso más desfavorable, en el que $p=q=0,5$ ¹¹. Así, el tamaño estimado de la muestra fue de 250 para cada CF, ya teniendo en cuenta una pérdida estimada del 10%. Tras la recogida de datos, cada FC contaba con un total de 246 encuestados.

El CFFC cuenta con 14 equipos de Estrategia Salud de la Familia y colabora con programas de residencia médica, de enfermería y multiprofesionales. Todos sus equipos forman parte del PR-MFC-Rio desde hace unos diez años. La CFNC tiene ocho equipos de la ESF, y en el momento de la recogida de datos había tres equipos que contaban con médicos generalistas sin especialización en MFyC que llevaban más de dos años trabajando 40 horas semanales en sus equipos.

Los datos fueron recolectados en las propias unidades de salud, después de la atención del usuario, en ambiente privado, de junio a agosto de 2023, actuando como entrevistadores cuatro estudiantes del internado en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ) y la propia autora. Los usuarios seleccionados fueron abordados alternativamente después de salir de la consulta. Se utilizó el cuestionario *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)-Brasil, en versión reducida, transcrito en la plataforma digital KoboTool, de acceso gratuito, y se aplicaron las reglas descritas en el Manual PCATool 2020. Esta versión consta de 25 ítems, con reproducibilidad evaluada y puede ser utilizada con seguridad¹². Para la longitudinalidad se utilizó la versión ampliada, que contiene los ítems de la versión reducida, pero permite calcular la media de este atributo por separado, además de la puntuación global de APS.

Las respuestas se dieron utilizando una escala tipo Likert, con las siguientes categorías: ciertamente sí; probablemente sí; probablemente no; ciertamente no; y no lo sé/no lo recuerdo. Las puntuaciones de PCATool pueden clasificarse en altas (puntuación $\geq 6,6$) y bajas (puntuación $< 6,6$). Cuando la media es mayor o igual a 6,6, podemos decir que los atributos de APS están presentes y extendidos, lo que significa que los servicios están mejor orientados hacia la APS¹³.

La puntuación de longitudinalidad por sí sola y la puntuación global de APS de cada unidad se midieron mediante el cuestionario presentado a los usuarios. Además de esos ítems, también se analizó el puntaje de "afiliación", ítem del PCATool que incluye la identificación de la unidad de salud referida por el entrevistado como propia. Los puntajes fueron correlacionados con las unidades y el perfil del usuario por factores como género, edad, raza y situación conyugal, y se hicieron comparaciones entre estos perfiles y las unidades con y sin residencia médica. A efectos del análisis de los datos, la variable edad se estratificó en dos grupos en función del valor mediano observado (45 años).

El proyecto de estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEP, sigla en portugués) de la ENSP/Fiocruz, bajo el parecer 5.906.217, y de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro, bajo el parecer 6.008.838, respetando los aspectos éticos que involucran seres humanos y en conformidad con la Resolución CNS 466/2012 de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CONEP, sigla en portugués).

Resultados

A continuación, se describen los resultados de acuerdo con los hallazgos de cada una de las unidades de salud donde se recolectaron los datos. Para fines comparativos, se caracterizó la población según variables sociodemográficas y se calculó el puntaje general de APS utilizando el PCATool Brasil versión reducida y el atributo longitudinalidad para cada unidad.

De los 492 cuestionarios válidos, 246 recogidos en la CF Felipe Cardoso y 246 en la CF Nilda Campos, ocho fueron considerados inadecuados para el cálculo del puntaje, por tener más del 50% de las respuestas como “no sabe, no recuerda” o con datos incompletos (“missing”), lo que, según la recomendación del manual del instrumento, hace inviable el promedio final.

Con relación a los datos sociodemográficos (no tabulados), hubo predominio de mujeres entre los entrevistados de ambas unidades, con un total de 192 mujeres (78,05%) y 54 hombres (21,95%) en la CFFC y 178 mujeres (72,36%) y 68 hombres (27,64%) en la CFNC. En cuanto al grupo de edad, encontramos 130 pacientes de hasta 45 años (52,85%) en la CFFC y 119 (48,97%) en la CFNC. Cuando se les preguntó con qué color/raza se identificaban, 174 (70,73%) respondieron como morenos/negros en la CFFC y 170 (69,11%) en la CFNC. En cuanto a la situación conyugal de los participantes, el 47,56% estaban casados en la CFFC y el 44,9% en la CFNC.

Evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de los usuarios adultos

En cuanto a la aplicación de la PCATool, la puntuación global media de la APS fue de 5,63 (5,46; 5,80), la longitudinalidad de 6,22 (6,04; 6,40) y la afiliación de 7,63 (7,37; 7,89). Al individualizar las unidades, en la CFFC se pudo calcular la puntuación global de APS para 243 usuarios, con una media de 6,32 (6,12; 6,53). La puntuación de longitudinalidad se calculó para 245 usuarios, con una media de 7,02 (6,81; 7,23). La puntuación media de la afiliación fue de 7,87 (7,52; 8,23). La puntuación global de la CFNC tuvo una media de 4,94 (4,70; 5,19). La puntuación media de longitudinalidad fue de 5,43 (5,17; 5,68). Por último, la puntuación de afiliación tuvo una media de 7,38 (7,02; 7,51) (Tabla 1).

Al correlacionar las puntuaciones según el sexo, se observaron puntuaciones más bajas para los hombres tanto en la puntuación general (6,40 [6,16; 6,36]) como en la longitudinalidad (7,08

[6,83; 7,32]) y la afiliación a la CFFC (8,06 [7,67; 8,44]). Las estimaciones para las mujeres fueron 6,06 (5,66; 6,47), 6,81 (6,38; 7,26) y 7,22 (6,40; 8,05), respectivamente. No se observó la misma relación en la CFNC, donde las evaluaciones masculinas fueron aún más altas para la longitudinalidad y la puntuación global de APS. En esta unidad, la puntuación global para las mujeres fue de 4,85 (4,56; 5,14), para la longitudinalidad de 5,35 (5,05; 5,66) y para la afiliación de 7,57 (7,16; 7,97). La media para el público masculino fue de 5,18 (4,71; 5,65), 5,26 (5,16; 6,08) y 6,91 (6,11; 7,72), respectivamente (Tabla 2).

En cuanto al grupo de edad, hubo una mejor evaluación por parte de los usuarios mayores de 45 años entrevistados en ambas clínicas. La puntuación global en APS fue de 6,00 (5,7; 6,29), longitudinalidad de 6,73 (4,42; 7,04) y afiliación de 7,20 (6,71; 7,74) para los entrevistados de hasta 45 años en el CFFC. Entre los mayores de 45 años de esta unidad, la puntuación media global fue de 6,67 (6,38; 6,96), la longitudinalidad de 7,35 (7,06; 7,63) y la afiliación de 8,62 (8,20; 9,04). En la CFNC, las medias de los usuarios menores de 45 años fueron de 4,83 (4,46; 5,19), 5,12 (4,73; 5,51) y 7,25 (6,71; 7,80), respectivamente. Entre los mayores de 45 años, 5,05 (4,72; 5,38), 5,72 (5,39; 6,05) y 7,5 (7,01; 8,00), respectivamente (Tabla 3).

Correlacionando el color de piel declarado por los entrevistados con la puntuación final, la puntuación media global de APS, longitudinalidad y afiliación de las personas que se declararon blancas, indígenas o amarillas fue de 6,49 (6,15; 6,84), 7,19 (6,86; 7,52) y 8,29 (7,75; 8,83), respectivamente; y de quienes se declararon morenos/negros, 6,25 (6,00; 6,51), 6,95 (6,68; 7,22) y 7,70 (7,26; 8,15), respectivamente. En la CFNC, en el mismo orden, las puntuaciones medias para los que se declararon blancos/indígenas/amarillos fueron 4,80 (4,38; 5,23), 5,21 (4,75; 5,67) y 7,76 (7,11; 8,41), y para los que se declararon morenos/negros, 5,05 (4,72; 5,38), 5,72 (5,39; 6,05) y 7,50 (7,01; 8,00) (Tabla 4).

Por otro lado, la variable “situación conyugal” mostró puntuaciones medias globales, de longitudinalidad y afiliación para los usuarios que están en pareja de 6,32 (6,04; 6,61), 7,05 (6,74; 7,35), 7,58 (7,06; 8,10). Los separados/viudos, 6,31 (5,97; 6,64), 6,95 (6,60; 7,30) y 8,10 (7,56; 8,64), respectivamente; y los solteros, 6,39 (5,72; 7,06), 7,17 (6,56; 7,78) y 8,28 (7,12; 9,43), respectivamente. En la APSN, los pacientes que dijeron estar casados/en una relación estable tuvieron una media de 4,86 (4,50; 5,23), 5,31 (4,93;

Tabla 1. Puntuación media (IC95%) de las características y atributos de la atención primaria de salud en la experiencia de los usuarios adultos en las Clínicas de la Familia Felipe Cardoso y Nilda Campos. Municipio de Rio de Janeiro, junio a agosto de 2023.

Características y atributos de la atención primaria	General		CFFC - con residencia en MFC		CFNC - sin residencia en MFC		Valor-p (*)
	n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	
Afiliación	492	7,63 [7,37; 7,89]	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,51]	<0,0001
Longitudinalidad	491	6,22 [6,04; 6,40]	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	<0,0001
Puntuación global	488	5,63 [5,46; 5,80]	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,1]	<0,0001

Leyenda: CFFC = Clínica de Familia Felipe Cardoso (unidad con programa de residencia en FCM), CFNC = Clínica de Familia Nilda Campos (unidad sin programa de residencia); # Las puntuaciones toman valores de 0 a 10; IC: intervalo de confianza; (*) Asociado a la prueba t para dos muestras independientes.

Fuente: Trabajo de campo realizado en las Clínicas Familiares CFFC y CFNC de la ciudad de Río de Janeiro, de junio a agosto de 2023.

Tabla 2. Puntuación media global (IC95%), puntuación de longitudinalidad y afiliación por género en la atención primaria de salud en la experiencia de usuarios adultos en las Clínicas de Familia Felipe Cardoso y Nilda Campos. Municipio de Rio de Janeiro, junio a agosto de 2023.

Sexo	Características y atributos de la atención primaria	CFFC - con residencia en MFC		CFNC - sin residencia en MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	n	Media	
Mujer	Afiliación	192	8,06 [7,67;8,45]	178	7,57 [7,16;7,97]	370	7,82 [7,54;8,10]	<0,0001
	Longitudinalidad	191	7,08 [6,83;7,32]	178	5,35 [5,05;5,66]	369	6,25 [6,03;6,46]	<0,0001
	Puntuación global	189	6,40 [6,16;6,64]	177	4,85 [4,56;5,14]	366	5,65 [5,45;5,85]	<0,0001
Hombre	Afiliación	54	7,22 [6,40;8,05]	68	6,91 [6,11;7,72]	122	7,05 [6,48;7,62]	<0,0001
	Longitudinalidad	54	6,82 [6,37;7,27]	68	5,63 [5,16;6,09]	122	6,15 [5,82;6,49]	<0,0001
	Puntuación global	54	6,06 [5,66;6,47]	68	5,18 [4,71;5,65]	122	5,57 [5,25;5,89]	<0,0001
Total	Afiliación	246	7,87 [7,52;8,23]	246	7,38 [7,02;7,51]	492	7,63 [7,37;7,89]	<0,0001
	Longitudinalidad	245	7,02 [6,81;7,23]	246	5,43 [5,17;5,68]	491	6,22 [6,04;6,40]	<0,0001
	Puntuación global	243	6,32 [6,12;6,53]	245	4,94 [4,70;5,10]	488	5,63 [5,46;5,80]	<0,0001

Leyenda: CFFC = Clínica de Familia Felipe Cardoso (unidad con programa de residencia en FCM), CFNC = Clínica de Familia Nilda Campos (unidad sin programa de residencia); # Las puntuaciones toman valores de 0 a 10; IC: intervalo de confianza; (*) Asociado a la prueba t para dos muestras independientes.

Fuente: Trabajo de campo realizado en las Clínicas Familiares CFFC y CFNC de la ciudad de Río de Janeiro, de junio a agosto de 2023.

5,69) y 7,30 (6,75; 7,85) para la puntuación general de APS, longitudinalidad y afiliación, respectivamente. Los viudos/separados, 5,02 (4,63; 5,42), 5,48 (5,07; 5,89), 7,39 (6,77; 8,01) para los mismos ítems y en el mismo orden que los anteriores. Por último, los que dijeron ser solteros tuvieron sus medias en el siguiente orden: 4,98 (4,34; 5,61), 5,62 (4,95; 6,29), 7,60 (6,75; 8,44), también para los mismos ítems y en el mismo orden (Tabla 5).

Discusión

El estudio evaluó y comparó la longitudinalidad y el puntaje global de APS desde la perspectiva

de los usuarios en dos unidades de una región de la ciudad de Rio de Janeiro - una con equipos de residencia médica PRMFC-Rio y otra con profesionales sin ese vínculo. Los resultados muestran una relación positiva entre la presencia del PRMFC-Rio y la presencia y extensión de la longitudinalidad y otros atributos, con mejor evaluación por parte de los usuarios en esas unidades.

La evaluación sanitaria puede desempeñar un papel estratégico en la mejora de la calidad de los servicios de salud, en la reducción de las desigualdades y en la orientación de las políticas públicas. Sin embargo, el proceso de evaluación aún no se ha incorporado en los sistemas de salud en Brasil debido a los impasses que permean esta práctica, como la falta de recursos, la frag-

Tabla 3. Puntuación media (IC95%) global, puntuación de longitudinalidad y afiliación por grupo de edad en la atención primaria de salud en la experiencia de usuarios adultos en las Clínicas de Familia Felipe Cardoso y Nilda Campos. Municipio de Rio de Janeiro, junio a agosto de 2023.

Grupo de Edad	Características y atributos de la atención primaria	CFFC - con residencia en MFC		CFNC - sin residencia en MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	n	Media	
Hasta 45 años	Afiliación	130	7,21 [6,67; 7,74]	119	7,25 [6,71; 7,80]	249	7,23 [6,85; 7,61]	0,8978
	Longitudinalidad	129	6,73 [6,42; 7,04]	119	5,12 [4,73; 5,51]	248	5,96 [5,70; 6,22]	<0,0001
	Puntuación global	127	6,01 [5,73; 6,30]	119	4,83 [4,46; 5,20]	246	5,44 [5,20; 5,68]	<0,0001
Más de 45 años	Afiliación	116	8,62 [8,20; 9,04]	127	7,50 [7,01; 8,00]	243	8,04 [7,70; 8,37]	<0,0001
	Longitudinalidad	116	7,35 [7,06; 7,63]	127	5,72 [5,39; 6,05]	243	6,50 [6,25; 6,74]	<0,0001
	Puntuación global	116	6,67 [6,38; 6,96]	126	5,05 [4,72; 5,38]	242	5,82 [5,58; 6,06]	<0,0001
Total	Afiliación	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,51]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidad	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Puntuación global	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Legenda: CFFC = Clínica de la Familia Felipe Cardoso (unidad con programa de residencia en MFC), CFNC = Clínica de la Familia Nilda Campos (unidad sin programa de residencia); # Las puntuaciones toman valores de 0 a 10; IC: intervalo de confianza; (*) Asociado a la prueba t para dos muestras independientes.

Fuente: Trabajo de campo realizado en las Clínicas Familiares CFFC y CFNC de la ciudad de Rio de Janeiro, de junio a agosto de 2023.

Tabla 4. Puntuación media (IC95%) global, puntuación de longitudinalidad y afiliación por raza/color en la atención primaria de salud en la experiencia de usuarios adultos en las Clínicas de Familia Felipe Cardoso y Nilda Campos. Municipio de Rio de Janeiro, junio a agosto de 2023.

Raza/color	Características y atributos de la atención primaria de salud	CFFC - con residencia en MFC		CFNC - sin residencia en MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	n	Media	
Blanca/ amarilla/ indígena	Afiliación	72	8,29 [7,75; 8,83]	76	7,76 [7,11; 8,41]	148	8,01 [7,59; 8,44]	0,2223
	Longitudinalidad	72	7,19 [6,86; 7,52]	76	5,21 [4,75; 5,67]	148	6,17 [5,85; 6,50]	<0,0001
	Puntuación global	71	6,49 [6,15; 6,84]	76	4,80 [4,38; 5,23]	147	5,62 [5,31; 5,93]	<0,0001
Morenos/ negros	Afiliación	174	7,70 [7,26; 8,15]	170	7,22 [6,77; 7,66]	344	7,46 [7,15; 7,78]	0,1299
	Longitudinalidad	173	6,95 [6,68; 7,22]	170	5,53 [5,22; 5,83]	343	6,24 [6,03; 6,46]	<0,0001
	Puntuación global	172	6,25 [6,00; 6,51]	169	5,01 [4,70; 5,31]	341	5,63 [5,43; 5,84]	<0,0001
Total	Afiliación	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,51]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidad	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Puntuación global	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Legenda: CFFC = Clínica de Familia Felipe Cardoso (unidad con programa de residencia en MFC), CFNC = Clínica de la Familia Nilda Campos (unidad sin programa de residencia); # Las puntuaciones toman valores de 0 a 10; IC: intervalo de confianza; (*) Asociado a la prueba t para dos muestras independientes.

Fuente: Trabajo de campo realizado en las Clínicas Familiares CFFC y CFNC de la ciudad de Rio de Janeiro, de junio a agosto de 2023.

mentación del sistema de salud y la falta de integración entre los diferentes niveles de atención¹⁴.

La herramienta elegida en este estudio ha sido cada vez más utilizada en Brasil debido a su fácil reproducción, comprensión y bajo costo¹⁵, y fue incluida, en 2019, por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), con el apoyo de la Secretaría de Atención Primaria de Salud

del Ministerio de Salud, en la Encuesta Nacional de Salud (ENS)¹⁶.

El análisis del perfil sociodemográfico ayuda a comprender las características y necesidades de la población, identificando las barreras de acceso y las desigualdades en materia de salud. Entre los participantes en este estudio, la mayoría eran mujeres, de color de piel moreno/negro y

Tabla 5. Puntuación media (IC95%) global, puntuación de longitudinalidad y afiliación por situación conyugal en la atención primaria de salud en la experiencia de usuarios adultos en las Clínicas de Familia Felipe Cardoso y Nilda Campos. Municipio de Rio de Janeiro, junio a agosto de 2023.

Situación conyugal	Características y atributos de la atención primaria de salud	CFFC - con residencia en MFC		CFNC - sin residencia en MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Media (IC95%)	n	Media (IC95%)	n	Media	
Sí	Afiliación	117	7,58 [7,06;8,10]	111	7,30 [6,75;7,85]	228	7,44 [7,07;7,82]	0,4616
	Longitudinalidad	117	7,05 [6,74;7,35]	111	5,31 [4,93;5,69]	227	6,20 [5,92;6,46]	<0,0001
	Puntuación global	115	6,32 [6,04;6,61]	111	4,86 [4,50;5,23]	226	5,60 [5,36;5,85]	<0,0001
No, pero ya há vivido anteriormente	Afiliación	100	8,10 [7,56;8,64]	92	7,39 [6,77;8,01]	192	7,76 [7,35;8,17]	0,0883
	Longitudinalidad	100	6,95 [6,60;7,30]	92	5,48 [5,07;5,89]	192	6,25 [5,96;6,53]	<0,0001
	Puntuación global	100	6,31 [5,97;6,64]	91	5,02 [4,63;5,42]	191	5,69 [5,42;5,97]	<0,0001
Nunca há vivido	Afiliación	29	8,28 [7,12;9,43]	43	7,60 [6,75;8,44]	72	7,87 [7,20;8,54]	0,3282
	Longitudinalidad	29	7,17 [6,56;7,78]	43	5,62 [4,95;6,29]	72	6,24 [5,75;6,73]	0,0016
	Puntuación global	28	6,39 [5,72;7,06]	43	4,98 [4,34;5,61]	71	5,53 [5,05;6,01]	0,0037
Total	Afiliación	246	7,87 [7,52;8,23]	246	7,38 [7,02;7,51]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidad	245	7,02 [6,81;7,23]	246	5,43 [5,17;5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Puntuación global	243	6,32 [6,12;6,53]	245	4,94 [4,70;5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Leyenda: CFFC = Clínica de Familia Felipe Cardoso (unidad con programa de residencia en MFC), CFNC = Clínica de la Familia Nilda Campos (unidad sin programa de residencia); # Las puntuaciones toman valores de 0 a 10; IC: intervalo de confianza; (*) Asociado a la prueba t para dos muestras independientes.

Fuente: Trabajo de campo realizado en las Clínicas Familiares CFFC y CFNC de la ciudad de Río de Janeiro, de junio a agosto de 2023.

solteras/separadas/viudas. Este perfil es similar al encontrado por un estudio realizado en 2014 en Río de Janeiro, en el que los adultos entrevistados eran en su mayoría mujeres, no blancas, con una edad media de 46,96 años y una media de 2,62 hijos, siendo la mayoría solteras/viudas/separadas/divorciadas¹⁰.

También podemos establecer paralelismos con el estudio del IBGE, que incluyó por primera vez un módulo sobre evaluación de la APS en su encuesta de población. Aunque no sea posible aislar el perfil de la población del municipio de Río de Janeiro en los resultados de este estudio, al comparar con la región Sudeste del país, encontramos una población con perfil semejante, con 69,59% de participantes del sexo femenino, 56,33% morenos/negros, 37,79% sin cónyuge y 54,53% con renta de hasta un salario mínimo¹⁶.

La semejanza en los perfiles de las encuestas indica un vaciamiento del público masculino y joven en las unidades y un mayor acceso de las mujeres morenas/negras a las unidades de salud de Río de Janeiro, lo que podría ser una señal a los gestores para impulsar políticas dirigidas a este público. Una hipótesis para este perfil puede estar relacionada con aspectos culturales de la atención a la salud, así como con la visión del papel social del hombre y la relación con la imagen de fragilidad¹⁷.

Las medias globales de puntuación en APS obtenidas en este estudio son similares a las de un estudio realizado en 2014 en Río de Janeiro, con 3.530 adultos que participaron en la encuesta y respondieron al cuestionario PCATool, con una puntuación global de 5,73 (5,60; 5,84), de afiliación de 7,05 (6,83; 7,27) y de longitudinalidad de 6,27 (6,1; 6,40). Más concretamente en el CAP 3.1, una puntuación global de 6,0 (5,7; 6,29), de longitudinalidad de 7,46 (6,91; 8,00) y de afiliación de 6,26 (5,9; 6,6)¹⁰. Otro estudio realizado en 2019 por el IBGE tuvo una puntuación media global en Río de Janeiro de 5,3 (5,6; 5,9), y en la región sudeste de 5,8 (5,7; 6,0)¹⁶.

Podemos inferir que, al comparar las dos unidades, la que tiene residencia médica tiene un puntaje alto tanto en afiliación como en longitudinalidad, y un puntaje global más alto que la unidad sin residencia médica, a pesar de no alcanzar el punto de corte para configurar la presencia y extensión de los atributos de APS. Esto puede ser un reflejo de las políticas de la administración anterior, que redujo significativamente los equipos de ESF, lo que requirió un período de recuperación de los servicios que habían sido desmantelados.

Los datos indican que hay mejoría en la calidad de la atención en los equipos con residen-

cia médica, con mejor evaluación tanto general como de longitudinalidad cuando comparados a los equipos sin especialistas de la FCM. La mayor evaluación del atributo “longitudinalidad” en los equipos con residencia apunta a la construcción de un vínculo longitudinal, a pesar de la rotación de residentes, lo que puede ser justificado por la estructura y características del PRMFC-Rio, como la presencia persistente del preceptor en esos equipos, profesional calificado para supervisar el desarrollo de las competencias de la MFC.

Es importante señalar, sin embargo, que, aunque los usuarios entrevistados fueron abordados aleatoriamente después de sus citas, una limitación del estudio es que su muestra sólo abarca a los usuarios que asisten a la unidad, sin extenderse a todos los registrados en el territorio, lo que podría causar un sesgo en los resultados cuando se extrapola a toda la población.

La propuesta de la ESF como modelo principal en la APS requiere profesionales especializados que dominen los atributos esbozados por Starfield, con una visión más integral y reflexiva del individuo¹⁸. En 2013, se realizó un estudio de caso en Río de Janeiro sobre la implementación de las clínicas de familia, junto con la aplicación de la versión PCATool Profesionales de la Salud. En este estudio, los profesionales médicos fueron clasificados como especialistas (con residencia o especialización en MFC o Salud de la Familia) o no, lo que resultó en una diferencia en las puntuaciones medias de los resultados, con puntuaciones más altas para los profesionales especialistas⁹.

Además de existir asociación entre mayor efectividad en APS y presencia de médico especialista en el sector, la longitudinalidad y el establecimiento de un vínculo longitudinal están directamente relacionados con el tiempo de permanencia de los profesionales y el establecimiento de una relación entre profesionales/equipos y usuarios. Muchos estudios han demostrado que la residencia médica favorece la permanencia de los profesionales en sus lugares de formación¹⁹. La vinculación longitudinal permite al profesional o equipo conocer de forma más integral a sus usuarios y construir una relación de mayor confianza y, por tanto, de mayor resolución de los problemas que se puedan presentar¹⁸.

Al comparar los resultados encontrados en este estudio con otras experiencias de evaluación de usuarios realizadas en otros municipios, encontramos resultados similares, como en un estudio realizado en 2014 en el sur de Minas Gerais, con una puntuación global de 5,92²⁰; en Fortaleza en 2019, con una puntuación global de 5,7

y una puntuación de longitudinalidad de 6,40²¹; en Campo Grande, Mato Grosso do Sul (2020), con una puntuación global de 5,5 y 7,2 para la longitudinalidad, esta última superior a la de las unidades sin residencia de este estudio²².

Aunque los análisis comparativos sean productivos y ayuden en la toma de decisiones al observar otras realidades, es importante destacar la diversidad de nuestro país, de tamaño continental, lo que justifica el hallazgo de resultados divergentes en las evaluaciones de los diferentes municipios.

Consideraciones finales

El PRMFC-Rio aloja a sus residentes en clínicas de familia, bajo la supervisión de médicos de familia preceptores, que ejercen la preceptoría hombro a hombro durante la formación en servicio por dos años. Una preceptoría fuerte, con un profesional calificado en el campo y un contrato fijo, que les permite permanecer en los equipos durante años, facilita el desarrollo de los atributos de la APS, incluyendo el vínculo longitudinal.

En este estudio, utilizando la herramienta PCATool, versión reducida para usuarios adultos, con plena aplicación del componente de longitudinalidad, se constató que las clínicas con residencias de medicina familiar y comunitaria fueron bien evaluadas por los usuarios. El componente de longitudinalidad obtuvo una puntuación de 7,02, considerada alta por la herramienta aplicada, en contraste con la unidad sin el PRMFC-Rio, que tuvo una media de 5,43. La puntuación global también difirió significativamente, con una media de 6,32 en la primera y de 4,94 en la segunda. Así pues, fue posible establecer una relación entre la presencia del PRMFC-Rio y la satisfacción de los usuarios con el servicio de salud.

Este estudio es relevante ante la creciente demanda de procesos de evaluación que contribuyan a los ajustes realizados por los gestores de la APS de Río de Janeiro en expansión, así como a la mejora continua de los procesos de trabajo y al perfeccionamiento de la atención ofrecida por la APS. Los resultados del estudio refuerzan la importancia de invertir en programas de residencia y especialización de los profesionales de APS para mejorar la calidad de la APS en Río de Janeiro.

La versión reducida del PCATool representa una limitación parcial para el estudio, dada la imposibilidad de detallar la contribución de cada atributo en la composición final de la puntuación. Por esta razón, se decidió incluir plenamente el

atributo “longitudinalidad” en el enfoque. Sin embargo, debido a su mayor facilidad de replicación, la versión reducida se convierte en una herramienta oportuna para ser aplicada con mayor regularidad y en escenarios donde los recursos humanos, financieros y el tiempo son limitados.

El uso de esta herramienta, en su versión ampliada o reducida, permite una evaluación accesible y de bajo costo, posibilitando ver la evolución de la presencia y alcance de los atributos de APS en los servicios de salud a lo largo del tiempo, mediante la realización de encuestas evaluativas seriadas. Son necesarios más estudios sobre el

tema, con investigaciones en otras realidades, explorando otros atributos y el papel de las residencias de medicina familiar y comunitaria en relación a otros aspectos, como su asociación con los resultados clínicos, para mejorar constantemente la atención a la población.

Los resultados de este estudio mostraron una evaluación positiva del vínculo longitudinal durante la residencia en medicina familiar y comunitaria en el municipio de Río de Janeiro, lo que indica un mejor desempeño de ese atributo y la potencialidad para el cuidado de los usuarios dentro de ese contexto.

Colaboradores

EPB Bastos y LF Pinto participaron juntos en todas las etapas de elaboración del artículo y revisión final.

Referencias

1. Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
2. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
3. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: ONU/MS; 2002.
4. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD'A, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz; 2007. p. 43-67.
5. Melo EA, Mendonça MHM, Teixeira M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4593-4598.
6. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
7. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc* 2019; 28(2):95-110.
8. Almeida DB, Melo CMM. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: uma Revisão de Literatura. *Rev Baiana Enferm* 2010; 24(1,2,3):[s.p.].
9. Harzheim E. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.
10. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1399-1408.
11. Silva NN. *Amostragem Probabilística*. São Paulo: EDUSP; 2001.

12. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Família Comunidade* 2013; 8(29):256-263.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS; 2020.
14. Akerman M, Furtado JP. Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA; 2016.
15. Maia LG. *Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde*. Goiânia: UFG; 2017.
16. Pinto LF, Quesada LA, D'Avila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assessment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3965-3979.
17. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1263-1274.
18. Costa APB, Guerra MR, Leite ICG. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev Bras Med Família Comunidade* 2022; 17(44):3085-3085.
19. Berger CB, Dallegre D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Família Comunidade* 2017; 12(39):1-10.
20. Silva SAD. *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
21. Costa LB, Mota MV, Porto MMA, Fernandes CSGV, Santos ET, Oliveira JPM, Mota TC, Porto ALS, Alencar MNA. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2083-2096.
22. Pinto LF, Soranz D, organizadores. *Relatório final de Pesquisa PCATool Campo Grande MS - 2020. Pesquisa "Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde desde a experiência dos usuários adultos nos serviços públicos no município de Campo Grande Mato Grosso do Sul"*. Campo Grande: LAB INOVA APS, CEE/Fiocruz; 2020.

Artículo presentado en 08/03/2024

Aprobado en 26/04/2024

Versión final presentada en 28/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva