

Institucionalización de la evaluación y monitoreo de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Único de Salud (SUS): contribuciones para una agenda estratégica de investigación

Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas¹, Fúlvio Borges Nedel², Rosana Aquino¹, Sandro Rogério Rodrigues Batista^{3,4}, Ana Paula Santana Coelho Almeida⁵, Geraldo Cunha Cury⁶, Maria Helena Magalhães de Mendonça⁷, Thiago Dias Sarti⁵, Luiz Augusto Facchini⁸, Lúgia Giovannella⁹

DOI: 10.1590/2358-28982024E29249E

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. analuvilas@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública (SPB) – Florianópolis (SC), Brasil.

³Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina (FM) – Goiânia (GO), Brasil.

⁴Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

⁵Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Departamento de Medicina Social (DMS) – Vitória (ES), Brasil.

⁶Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁷Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁸Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Departamento de Medicina Social (DMS) – Pelotas (RS), Brasil.

⁹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

(Em nombre de la Red de Investigación en Atención Primaria de Salud – Rede APS de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva – Abrasco)

RESUMEN La Atención Primaria de Salud es la base del Sistema Único de Salud (SUS). Fortalecerla exige una permanente evaluación de sus procesos y resultados. La Red de Investigación en APS (Rede APS) promueve un intenso debate sobre el fortalecimiento del modelo de APS de base territorial, comunitaria y como ordenadora de la Red de Atención en Salud en el Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo de este ensayo es presentar un panorama histórico de las iniciativas de monitoreo y evaluación de la APS brasileña y proponer una agenda de investigación comprometida con la consolidación del SUS y con el fortalecimiento de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Esto como resultado de la reflexión crítica acerca de la producción de conocimiento sobre APS en Brasil, fruto del debate en relación con la agenda política y estratégica de la Rede APS con la participación de actores sectoriales. La agenda está construida en ocho ejes centrales, teniendo en cuenta el modelo de APS integrado en las redes de atención, la gestión y financiamiento, la gestión del trabajo, la salud digital, la infraestructura, la atención integral en salud y el monitoreo y evaluación. La Rede APS defiende la universalización de la cobertura por una ESF cualificada y la construcción de una Política Nacional de Monitoreo y Evaluación para orientar la gestión y el cuidado en la APS en el SUS.

PALAVRAS-CLAVE Atención Primaria de Salud. Investigación. Sistema Único de Salud. Brasil.

RESUMO A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS). Fortalecê-la exige permanente avaliação de seus processos e resultados. A Rede de Pesquisa em APS (Rede APS) promove intenso debate sobre o fortalecimento do modelo de APS de base territorial, comunitária e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Este ensaio tem o objetivo de apresentar um histórico das iniciativas de monitoramento e avaliação da APS brasileira e a proposição de uma agenda de pesquisa implicada com a consolidação do SUS e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). É resultante da reflexão crítica acerca da produção de conhecimento sobre APS no Brasil, fruto do debate em torno da agenda política e estratégica da Rede APS com participação de atores setoriais. A agenda está estruturada em oito eixos centrais, considerando o modelo de APS a ser integrado às redes de atenção, gestão e financiamento, gestão do trabalho, saúde digital, infraestrutura, atenção integral à saúde, e monitoramento e avaliação. A Rede APS defende a universalização da cobertura por uma ESF qualificada e a construção de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para orientar a gestão e o cuidado da APS no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Pesquisa. Sistema Único de Saúde. Brasil.



Introducción

La universalización del derecho a la atención en salud integral y longitudinal exige la conformación de sistemas nacionales de salud organizados a través de Redes de Atención en Salud (RAS) ordenadas por la Atención Primaria de Salud (APS), la cual debe orientar las trayectorias del paciente por el sistema¹. Desde su creación, el Sistema Único de Salud (SUS) ha tenido un avance notorio en términos de la cobertura, calidad y resultados de la APS, así como en la organización de RAS^{1,2}. Sin embargo, persisten importantes cuellos de botella – relacionados con el subfinanciamiento del SUS, la escasa oferta pública de servicios en las RAS regionalizadas y la insuficiente cantidad de profesionales formados para el trabajo en APS de orientación comunitaria, reconocidos, valorados y que logren asociar la calidad clínica del cuidado individual al enfoque colectivo.

El trabajo en APS requiere un equipo multiprofesional de práctica generalista que realice acciones individuales y colectivas con ciudadanos y usuarios del servicio, residentes en un determinado territorio, definido geográficamente a partir de criterios socioculturales, tales como: aspectos históricos de conformación del barrio, existencia y participación de la población en asociaciones comunitarias, deportivas, políticas, recreativas o en otros espacios y servicios.

En Brasil, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) es el modelo prioritario de APS, y está capilarizado en todo el país. Aunque la ESF todavía no logre realizar plenamente la coordinación del cuidado y ofrecer una cobertura integral, avanza hacia un modelo de atención vigilante de la salud de la persona y la comunidad³.

Promover la mejora del acceso y la calidad de la APS en el SUS requiere la institucionalización de una política nacional de evaluación y monitoreo. A lo largo del siglo XX, el campo de la evaluación en salud se expandió significativamente, aportando conceptos y

herramientas esenciales para ayudar en el proceso de planificación e implementación de programas y servicios de salud, analizando sus resultados en términos de efectividad, eficiencia y equidad. Aunque persistan problemas relevantes para la institucionalización de esos procesos en el SUS, es impensable construir un SUS de calidad para la población sin inversiones sólidas en evaluación que proporcionen a los gestores, profesionales y representantes del control social, informaciones adecuadas para orientar las políticas de salud^{4,5}.

En ese contexto, el registro, la transmisión y el uso de la información en salud tienen importancia fundamental para la coordinación del cuidado, la planificación local y la planificación en red, además de permitir el seguimiento a indicadores y facilitar procesos de monitoreo y evaluación en salud.

La ESF se ha beneficiado del uso de la información en salud desde la implementación del Sistema de Información de la Atención Básica (Siab), en 1998, hasta la puesta en funcionamiento del Programa de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB)⁶. Sin embargo, en los últimos años se experimentó una serie de dificultades para su monitoreo y evaluación, como la falta de soporte financiero, la finalización del PMAQ-AB y, más recientemente, la centralización de la información en los siete indicadores del Programa Previne Brasil⁷.

Superar las desigualdades de acceso y ofrecer una APS universal, resolutive y de calidad dependen también de la instauración de procesos de monitoreo e investigaciones de evaluación. Es necesario no solo evaluar las acciones de la APS, sino también identificar los vacíos asistenciales, conocer los grupos poblacionales con dificultades de acceso, poblaciones ‘ocultas’ o ‘desatendidas’ y comprender las razones de esas ausencias y sus relaciones con los demás niveles asistenciales.

El desafío actual, por tanto, no es apenas el monitoreo y evaluación de las políticas de salud, sino principalmente, institucionalizar la evaluación y hacerla un proceso de carácter

permanente, conforme los principios constitucionales del SUS de universalidad, integralidad y participación social, con un financiamiento suficiente, para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Ese proceso exige sensibilidad cultural, social y política en el sentido de abordar críticamente distintas perspectivas y exigencias en un país de dimensión continental y profundamente desigual como Brasil.

Además, investigaciones de evaluación de la APS pueden ser importantes promotoras de mejoras en la calidad de la atención, como demostraron estudios derivados del PMAQ-AB en sus tres ciclos^{2,4}.

Así, el objetivo de este artículo es, a partir de un breve panorama histórico de las iniciativas de evaluación y monitoreo en la APS en el SUS, presentar una Agenda Estratégica de Investigación en APS elaborada por la Red de Investigación en APS (Rede APS) de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco) para orientar el debate sobre la institucionalización de una política nacional de evaluación y monitoreo de la APS y para el fomento de la investigación en APS.

La agenda de investigación propuesta fue delineada con base en los principales desafíos de la APS, señalando el papel de la investigación en la producción de conocimiento capaz de subsidiar la toma de decisiones para mejorar el cuidado con equidad. Fue elaborada en un proceso reiterativo, a partir de análisis críticos de la política nacional de APS y de debates entre grupos de investigadores en APS y entidades representativas de profesionales que componen el comité gestor de la Rede APS, incluyendo la Asociación Brasileña de Enfermería de Familia y Comunidad (Abefaco), Asociación Brasileña de Enfermería (ABen), Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC), Asociación Brasileña de Escuelas Médicas (Abem), Asociación Brasileña de Enseñanza Odontológica (Abeno), Asociación Brasileña de Salud Bucal Colectiva (Abrasbuco), Confederación Nacional de los Agentes

Comunitarios de Salud y de los Agentes de Combate a las Endemias (Conacs) y representantes del Consejo Nacional de Salud (CNS).

Antecedentes

El SUS es el sistema universal de salud más grande del mundo; y hablar de la APS en Brasil es hablar de más de 5.570 municipios diferentes, responsables por garantizar el acceso a los servicios de APS e integrarse a las RAS regionales, para garantizar el acceso oportuno, cada uno con sus desigualdades internas, a nivel del estado y de la microrregión. Macinko et al.⁸ destacan las condiciones sociodemográficas y la evolución de las inversiones en salud desde la Constitución de 1988, cuando fue definido el derecho a la salud para la implantación del SUS público, gratuito y universal, con financiamiento fiscal y coparticipación de los tres niveles de gobierno. Esa configuración dio al sistema una dimensión centralizada y una gran responsabilidad a nivel local para instituir y mantener los servicios primarios de cuidado integral, articulados a una red de atención. Los autores destacan el ritmo acelerado en que sucedió ese proceso y la prioridad concedida a la ESF con la composición multiprofesional de los equipos y su abordaje comunitario.

La APS brasileña es reconocida internacionalmente por su expansión y cualificación desde su origen, aunque se reconozca su subfinanciamiento crónico, exacerbado en los últimos gobiernos de orientación neoliberal. A lo largo de la historia de la salud de la familia, muchos relatos de experiencia, estudios centrados en muy variadas cuestiones locales y análisis más refinados metodológicamente muestran la contribución de la salud de la familia en la mejora del acceso, en la reducción de las Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria⁸, en la reducción de las inequidades étnico-raciales y sociales en salud⁹, en el aumento de la supervivencia de adultos mayores¹⁰, entre otros¹¹. Al mismo tiempo, políticas a nivel nacional buscaron

no solo evaluar, sino también inducir mejoras en los patrones de calidad de la APS^{2,4}.

El campo de la evaluación de la APS en Brasil sigue la trayectoria de la creación del SUS y gradualmente fue ganando más complejidad y relevancia a nivel nacional e internacional, tanto en publicaciones académicas como en su capacidad para influir en las políticas de salud. Aunque con retrocesos, como el desmantelamiento de experiencias de evaluación, provocados por el gobierno Bolsonaro (que abandonó el PMAQ-AB e instituyó el Previne Brasil), se observa un creciente cuerpo crítico produciendo rica reflexión sobre la experiencia nacional de APS. Además de esto, es notable el monitoreo de indicadores de la ESF, principalmente a partir 1998, con la creación del Siab, que permitía algún grado de seguimiento a las informaciones generadas por los equipos de Salud de la Familia (eSF) en su trabajo cotidiano⁶. El Siab fue mejorado en 1999, 2002 y posteriormente a través de otras experiencias, como las relacionadas con el Pacto por la Salud y, actualmente, el Sistema de Información en Salud para la Atención Básica (Sisab) y la historia clínica electrónica del SUS (e-SUS)¹².

En 2011, la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) definió la APS como

[...] responsable por la coordinación del cuidado, a través la elaboración, seguimiento y gestión de proyectos terapéuticos singulares y del acompañamiento y organización de las trayectorias de los usuarios entre los puntos de atención¹³.

Eso la caracterizó como una de las políticas de salud más complejas del SUS, tanto en términos de estructura de los servicios y procesos de trabajo, como en relación con los desafíos para la gestión de su financiamiento y articulación en las redes de atención. Una política de esa naturaleza pasó por innumerables procesos de evaluación, oscilando desde iniciativas normativas modestas de evaluación de estructura y proceso de carácter local, hasta

investigaciones de evaluación enfocadas en analizar el impacto de la APS en la salud de la población brasileña⁶, ubicando Brasil entre los países con mayor producción científica de calidad en APS en el mundo¹⁴.

Se destacan las iniciativas federales de evaluación global y mejora de la calidad de la APS brasileña: los Estudios de Línea de Base del Proyecto de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia (ELB/Proesf), iniciados en 2005; la Evaluación para la Mejora de la Calidad de la ESF (AMQ), iniciada en 2005, y el PMAQ-AB, realizado en tres ciclos, entre 2011 y 2018. En clara ruptura con el PMAQ-AB y sus ciclos, en la coyuntura política reciente de un gobierno de extrema derecha (2019-22), a través del Programa Previne Brasil, iniciado en 2019, la evaluación quedó limitada a un conjunto de siete indicadores nunca implementados plenamente. De esa manera, hubo una ruptura en el proceso de institucionalización de la evaluación compleja de la APS en el SUS.

En tiempos recientes, se destaca la introducción del Primary Care Assesment Tool (PCATool), a nivel nacional dentro de la formulación de la Encuesta Nacional de Salud de 2019, para abordar el acceso a los servicios a partir de la percepción de los usuarios⁶.

La historia de esas experiencias de evaluación no es una línea recta de progreso. Hay aprendizajes, conflictos, conquistas y retrocesos que aún no han sido objeto de un balance sistemático. De manera sintética, se vislumbran algunas cuestiones potenciadas con la implementación de esas políticas.

Con el Proesf, volcado a los municipios con más de 100 mil habitantes, se intensificó la elaboración de evaluaciones normativas a nivel nacional. Las evaluaciones normativas, aunque limitadas en su potencial explicativo, permiten a los actores implicados identificar avances y lagunas relevantes en la estructura y en los procesos que deben ser considerados por la gestión. Esa manera de evaluar la ESF, en alguna medida, está presente en las experiencias de la AMQ y del PMAQ-AB, cuyos instrumentos de evaluación también proporcionan

algún grado de normatividad sobre lo que está siendo realizado localmente en la APS.

Esos procesos proponían metodologías de discusión de los criterios de evaluación para analizar el actuar de los profesionales y gestores, configurándose como una modalidad de educación permanente, haciendo posibles cambios inmediatos, en corto y mediano plazo que impactarían en la mejora del cuidado ofrecido a la población. Al mismo tiempo, ese proceso de educación permanente promovido por la AMQ y por el PMAQ-AB, asociado a estrategias cíclicas de evaluación realizadas por entes externos al municipio, tendría el potencial de generar un movimiento permanente e institucionalizado de mejora de la calidad. La aceptación de participación de un municipio al PMAQ-AB era voluntaria, incluso en la cantidad y selección de los equipos que participarían de la investigación de evaluación externa realizada por las universidades. Si el muestreo por conveniencia generó justas críticas, de otra parte, parece haber contribuido a la colaboración de los participantes, y las críticas se disiparon ante la creciente participación de municipios y equipos, además de la consistencia de los resultados entre las investigaciones a lo largo de los ciclos del Programa^{2,4}.

El PMAQ-AB incluyó transferencias de recursos de fondo a fondo con base en parámetros de desempeño de los municipios, servicios y equipos de salud. Los municipios utilizaron esos recursos de manera heterogénea, pero esa modalidad de transferencias financieras intergubernamentales, inspirada en modelos de pago por desempeño, incorporó un elemento a la política de evaluación de la APS que no estaba presente en experiencias anteriores.

Un aspecto relevante del PMAQ-AB en su diseño institucional fue la participación de universidades en el proceso de evaluación externa, contribuyendo para la construcción de un amplio grupo de actores que debaten y participan de la evaluación de la APS. De ese modo, los resultados de la evaluación externa

fueron ampliamente analizados con múltiples enfoques, propiciando así informaciones consistentes para orientar las políticas nacionales.

La Rede APS se constituyó a partir de esos procesos evaluativos que incluyeron otras investigaciones nacionales. Además, reunió grupos de investigación, asociando gradualmente en su comité gestor entidades representativas de los profesionales que actúan en la APS. Sumado a esto, fomentó la participación de grupos de investigación de las universidades públicas en los procesos de evaluación externa, dando mayor legitimidad a los procesos y argumentos para la utilización de los instrumentos de la AMQ como etapa de autoevaluación del PMAQ-AB. También, promovió análisis y difusión de resultados a través de la organización de suplementos especiales de revistas y en sus boletines quincenales.

Por otro lado, el Previne Brasil se basó en una evaluación normativa de siete indicadores de salud relacionados con el proceso de trabajo de los equipos, asociando esa evaluación a un pago por desempeño, no implementado completamente. Además, el Previne Brasil propuso seguir a la población residente con ‘inscripción activa’ en los últimos dos años, lo que va en contra del principio de universalidad, al asociar las transferencias financieras intergubernamentales, para financiamiento del sistema, al número de usuarios inscritos, sin asegurar la cobertura universal⁶.

¿Para qué y por qué evaluar la APS?

En el caso de las políticas públicas, la evaluación es una acción ciudadana y de control social sobre el cumplimiento de las obligaciones del Estado. Produce informaciones sobre el alcance, las fortalezas y debilidades de las decisiones tomadas y acciones desarrolladas. De esa manera, el monitoreo de indicadores y las evaluaciones de la APS en el SUS deben enfatizar el cumplimiento de los principios y directrices del SUS, además de los preceptos

y atributos de la APS. Finalmente, la acción de evaluar no se limita a medir, debe incentivar cambios, generar un “perfeccionamiento institucional y profesional”⁵⁽⁵⁵⁴⁾.

La Rede APS, constituida formalmente en 2009, desde entonces ha promovido la producción de conocimiento en evaluación en salud, especialmente en la APS, profundizando en elementos teóricos, metodológicos y técnicos, vinculados a análisis políticos asociados a factores del contexto, políticos, socioeconómicos, culturales e ideológicos. En el ámbito de las prácticas en salud, un esfuerzo adicional volcado a explicitar los procesos técnicos de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de los datos derivados de las investigaciones y de las experiencias de evaluación de políticas, programas, servicios y tecnologías, desarrolladas por instituciones de enseñanza e investigación vinculadas a la Rede APS, ha permitido la revisión crítica y articulación entre las dimensiones teórica y empírica en las investigaciones realizadas. Estas iniciativas buscan evidenciar las diversas características de una misma intervención y los resultados alcanzados, en diferentes lugares y territorios, y recomendar, técnicamente, la distribución justa y razonable de los recursos conforme a las necesidades de salud de la población^{15,16}.

Las reflexiones surgidas ampliaron las relaciones interinstitucionales y contribuyeron para el avance y la consolidación de algunas áreas, inclusive la política de monitoreo y evaluación en la APS y la calidad técnica en el cuidado en salud del paciente, buscando optimizar las prácticas de atención integral en salud. El mismo PMAQ-AB tuvo apoyo de la Rede APS en la formulación teórica y técnica, lo que favoreció la aproximación de la academia, la gestión y los servicios, permitiendo construir un modelo de monitoreo y evaluación de las acciones que puede ser replicable^{2,4}. Por ejemplo, fueron producidas informaciones sobre los efectos de la política y el desempeño del sistema de salud; y sobre

el monitoreo y evaluación de las acciones de formación de personal, en el ámbito de la APS, especialmente del Programa Más Médicos.

El proceso de evaluación de las iniciativas ministeriales ha reflejado una relación dinámica entre investigadores y una tendencia creciente de interés por parte de los grupos de investigación en líneas de investigación relacionadas con evaluación en salud, con importantes repercusiones para el desarrollo de consultorías y para el proceso de reconocer, invertir y avanzar en investigaciones financiadas por agencias de fomento.

La Rede APS, en colaboración y asociación con otros actores, fortaleció el seguimiento y difusión de los resultados de las investigaciones, contribuyó para la comprensión de los diversos escenarios de las políticas de APS, dando visibilidad a la necesidad de elaboración de proyectos más amplios y relevantes, para el monitoreo de intervenciones y programas prioritarios con repercusión en diferentes ámbitos – nacional, de estado y municipio – para el enfrentamiento de dificultades en el desarrollo de la política en el territorio nacional y para la identificación de potencialidades del modelo de APS y su perfeccionamiento.

En relación con los cambios coyunturales, diversas publicaciones científicas o técnicas, como posicionamientos críticos, agendas políticas estratégicas para la APS en el SUS, boletines informativos, periódicos y ediciones cuatrimestrales de la ‘APS em Revista’, organizados de manera continua y sistemática, promovieron mayor calidad en el debate político en relación con la elaboración de propuestas de intervenciones. Las iniciativas han hecho contribuciones desde el punto de vista conceptual y de las prácticas, y en este momento de reconstrucción de las políticas públicas de salud en Brasil, dada la necesidad de reanudar las convocatorias de financiación de la investigación, la conciencia sanitaria de los sujetos y las reflexiones pueden apoyar acciones evaluativas que den lugar a propuestas necesarias, esto con el apoyo operativo de universidades o centros de investigación.

Se refuerza que es necesaria una conciencia sanitaria constructiva para orientar las prácticas evaluativas y las formas de repensar la evaluación en salud en el País, así como el compromiso de investigadores, usuarios, profesionales de la salud y gestores de todas las regiones de Brasil y de diferentes segmentos del SUS. En ese sentido, se destaca la importancia de considerar no solo la racionalidad teórica expuesta en textos sobre el tema, sino también la capacidad de la Rede APS, como sujeto colectivo, para la redefinición de parámetros y la construcción de nuevas propuestas de evaluación de las políticas en la recomposición de las prácticas de salud, con la participación de diversos actores y con la articulación con las instancias gestoras del SUS – y, primordialmente, para el fortalecimiento de la APS integral, fuerte y resolutiva.

Agenda estratégica de investigación en APS: ¿cuál es el papel de la investigación en el proceso de reconstrucción de la Atención Primaria de Salud en Brasil?

La Rede APS, a lo largo de los últimos tres años, promovió un intenso debate sobre el fortalecimiento del modelo de APS de base territorial y comunitaria y ordenadora de las RAS. Ese debate fue sistematizado en documentos producidos, disponibles en el *site* de la Rede APS:

- Bases para una Atención Primaria de Salud integral resolutiva, territorial y comunitaria en el SUS: aspectos críticos y proposiciones¹⁵, en 2022;
- 14 notas técnicas que tratan sobre diversos aspectos de la APS, con resultados de estudios y recomendaciones, en 2021/2022;

- Manifiesto de la Rede APS en la Conferencia Libre, Democrática y Popular¹⁶, en 2022; y
- Una alternativa para superar el Programa Previne Brasil: Propuestas para la asignación de recursos federales para la APS, documento elaborado por la Asociación Brasileña de Economía de la Salud (Abres)¹⁷, con participación de la Rede APS y otras entidades de salud, en 2023.

Esas bases de análisis de la política de APS orientaron la propuesta de una agenda de investigación fundamentada en el compromiso ético-político con la consolidación del SUS y el fortalecimiento de la ESF como modelo estructurante de la APS, de vital importancia para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sociales injustas, exacerbadas por el avance de las políticas neoliberales en los últimos seis años de gobiernos de extrema-derecha en Brasil.

La agenda fue organizada en ocho ejes, cada uno compuesto por un conjunto de temas prioritarios de investigación. Los ejes fueron organizados según los aspectos cruciales para la implementación de la APS integral, resolutiva, de base territorial y orientación comunitaria, integrada a las RAS, identificados a partir de la reflexión crítica sobre investigaciones realizadas en el país, lo que permitió detallar los desafíos actuales y lagunas del conocimiento que se constituyen como objetivos de investigación.

Para contextualizar los ejes de la agenda y las propuestas de investigación, se presentarán de forma sucinta algunos de los principales desafíos de la APS, indicando el papel de la investigación en la producción de conocimiento capaz de aportar para la toma de decisiones de los gestores, profesionales, usuarios y organizaciones comunitarias, para la implementación de políticas para reconstrucción y fortalecimiento de la APS en Brasil. Para cada eje, las propuestas de investigación asociadas se presentan en los cuadros.

Eje I: Población, territorio, participación social y equidad

La población es el centro de las RAS. De esa manera, en la APS, es fundamental pensar en la población en su dimensión territorial y como sujeto de los procesos salud-enfermedad y cuidado. Los tres grandes desafíos de este eje son: universalización de la cobertura de la ESF; fortalecimiento de la dimensión comunitaria y territorial de la APS; y garantía de la participación social y emancipación de los sujetos.

El primer desafío está relacionado con la universalización de la cobertura poblacional de la APS a través de la ESF y la superación de las inequidades en la distribución de los servicios primarios en el territorio nacional. A pesar de que 85% de los municipios brasileños, en 2019, presentaron 70% o más de su población cubierta por eSF, aún persisten grandes disparidades. Coberturas altas, en general, solo han sido alcanzadas por municipios pequeños. Apenas 30% de los municipios de 100 mil a 500 mil habitantes y 10% de los municipios con más de 500 mil habitantes alcanzaron niveles altos de cobertura de la ESF¹⁸. Además, es fundamental que se consideren los parámetros de cobertura poblacional y extensión territorial por equipo de acuerdo con las diferentes conformaciones territoriales, de manera que se puedan cumplir los atributos de la APS.

Más allá del tamaño de los municipios, aún se observan importantes desigualdades en la distribución de los servicios de APS, especialmente en municipios rurales remotos, que presentan gran dispersión y rarefacción de los domicilios, persisten barreras de accesibilidad organizacionales y geográficas, con grandes distancias hasta las Unidades Básicas de Salud (UBS), costos de desplazamiento y condiciones precarias de las vías y medios de transporte (terrestres y fluviales), lo que restringe el acceso de gran parte de la población¹⁹. Considerando que Brasil cuenta con aproximadamente 50 mil equipos de la ESF y con 68% de cobertura poblacional, se estiman necesarios por lo menos 20 mil equipos más

para universalizar la cobertura poblacional¹¹.

El segundo desafío es fortalecer el abordaje territorial y comunitario de la ESF, lo cual implica cualificar los eSF, de manera que utilicen herramientas para el reconocimiento de los territorios y construcción de vínculos con las comunidades que viven en las áreas de cobertura de los equipos. Estos procesos implican que los equipos utilicen tecnologías digitales para el reconocimiento de los territorios. Una herramienta poderosa para la relación entre equipos y comunidades es la educación popular, para la consolidación de procesos democráticos en salud, especialmente en la coyuntura actual de crecimiento de las políticas neoliberales y de concepciones negacionistas.

Dantas et al.²⁰ sostienen que la agenda neoliberal ha sido un obstáculo para el desarrollo de prácticas de educación popular solidarias y experiencias de saberes de los profesionales y de los movimientos sociales. El crecimiento del negacionismo y del oscurantismo, a su vez, dificultaron la implementación de diálogos y experiencias de educación popular que,

[...] muestran la potencia del dialogo para cuestionar el mundo y, también, para la construcción de otras formas de sociabilidad basadas en relaciones de solidaridad y empatía²¹.

El tercer desafío es la ampliación de la participación social en la APS. El abordaje de la salud como construcción social es uno de los principios rectores estructurantes del trabajo en la APS, destacando el papel del diálogo permanente con todos los sectores de la sociedad. Se destaca la importancia de los espacios de participación social como ejercicios de ciudadanía, que articulan diversas dimensiones del derecho social, con el objetivo de reducir las desigualdades sociales²². Un estudio realizado a nivel nacional con datos del ciclo 2 del PMAQ-AB evidenció las contradicciones entre las visiones de los profesionales y de los usuarios sobre la existencia de los Consejos Locales de Salud (CLS) en las UBS. Mientras

que 56% de los equipos refirieron que existen CLS, 31,3% de los usuarios indicaron que “no hay CLS” y 48,7% no sabían²³. El desconocimiento de los usuarios demuestra el debilitamiento de estos dispositivos de participación social. Reconociendo esa situación, en 2023, el CNS puso en marcha una campaña para creación de CLS en las UBS, para ampliar esos

espacios, garantizar la participación social y radicalizar la democracia (Resolución CNS n° 714, de 2 de julio de 2023)²⁴.

Las propuestas de desarrollo de investigaciones con el objetivo de producir conocimiento para informar el proceso decisorio en el enfrentamiento de estos desafíos se presentan en el *cuadro 1*.

Cuadro 1. Temas de Investigación prioritarios – Eje I: Población, territorio, participación social y equidad

Eje I: Población, territorio, participación social y equidad

Evaluación de la cobertura poblacional de la APS en la ESF y en otras modalidades de equipos, considerando la población inscrita, de acuerdo con el registro de toda la población residente (así viva en un domicilio o en la calle y sea usuaria o no de la UBS);

Evaluación de la equidad de la APS teniendo en cuenta las áreas geográficas (periferias urbanas; municipios y áreas rurales remotas) y los grupos sociales en la perspectiva de la interseccionalidad (clase social, raza/color, género, LGBTQIAPN+, edad, personas con discapacidad);

Estudios sobre prácticas de humanización en la APS de acuerdo con los principios de la transversalidad, indivisibilidad entre atención y gestión, y reafirmación del protagonismo y autonomía de los sujetos;

Estudios sobre la utilización de instrumentos y herramientas de territorialización por parte de los equipos y gestores de la APS, para la planificación, operación y monitoreo de las acciones de salud, de acuerdo con las necesidades de salud de la población;

Estudios sobre educación popular y sus conexiones con el que hacer de la APS en las dimensiones del cuidado, de la participación social y de la formación en salud, incluyendo sistematización de experiencias e iniciativas de empoderamiento de los individuos, de la comunidad y de los movimientos sociales populares en los territorios;

Estudios sobre prácticas educativas en salud en las UBS, evidenciando metodologías y problematizando potencialidades y desafíos de grupos, colectivos y procesos educativos en salud y sus desarrollos en los territorios;

Evaluación de los procesos y mecanismos de participación social y compromiso comunitario en la planificación, prestación de servicios de salud y en la toma de decisiones estratégicas sobre los recursos de salud;

Estudios con individuos, comunidades/movimientos y grupos sociales sobre el papel de los consejos de salud sobre el protagonismo y empoderamiento de los sujetos en la toma de decisiones que afectan la salud.

Fuente: elaboración propia.

Eje II: Modelo de APS integrado en la red de atención y en las políticas intersectoriales

El primer gran desafío en este eje es coordinar el cuidado en las redes de atención⁸. Investigaciones mostraron el papel aún incipiente de la APS y la no coordinación del cuidado en las RAS, lo cual exige el fortalecimiento de la APS y de los mecanismos de regulación, así como la ampliación

del acceso a la atención especializada y hospitalaria²⁵. Se destaca también que es necesario incorporar la vigilancia al proceso de trabajo de los eSF, integrando prácticas individuales y colectivas de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención en salud para la población. Tal integración aún está inconclusa, dada la necesidad de articulación de saberes y diversos modelos de actuación sobre la salud de la población, originados a raíz de las

condiciones sociohistóricas de conformación del sistema de salud²⁶.

La vigilancia de la salud en la APS contempla realizar acciones de promoción de la salud y acciones intersectoriales, destacando las experiencias de tres importantes iniciativas: Los programas de Academia de la Salud y Salud en la Escuela, que son estrategias que favorecen la realización de acciones de promoción de la salud en el ámbito de la ESF y el fortalecimiento del protagonismo de los ciudadanos; y el Programa Bolsa Familia con efectos positivos sobre la salud de la población gracias a mecanismos sinérgicos entre la reducción de la pobreza, a partir de transferencias de renta, y la ampliación del acceso a los servicios de APS, debido a las condicionalidades establecidas en salud, como se ha evidenciado en evaluaciones de impacto^{11,27,28}. En ese eje, las propuestas de investigación que tienen por objetivo evaluar los modelos de APS en relación con la red de salud y con los demás sectores sociales están sintetizadas en el *cuadro 2*.

Eje III: Modelo de gestión y financiamiento de la APS

La piedra angular de la reorganización de la APS es el modelo de gestión. Como indica Santos²⁹, la APS como servicio estratégico del SUS tiene una vocación esencialmente pública, no dispuesta para procesos de privatización, concesión o tercerización. Se destaca especialmente, el papel estratégico de la APS en la regulación del acceso a otros niveles de atención del SUS, que se caracteriza por su naturaleza esencialmente pública. Sin embargo, los límites impuestos al gasto público en salud, aunados al ideario gerencial que defiende la falsa idea de que existe mayor eficiencia en la gestión privada, ha favorecido el crecimiento, desde la década de 1990, de nuevas formas de gestión en la APS, como las Organizaciones Sociales, las Fundaciones Estatales de Derecho Privado y las Organizaciones de la Sociedad Civil³ – proceso que carece de una evaluación imparcial.

El financiamiento está estrechamente relacionado con el modelo de gestión. El Previne Brasil, en 2019, instituyó el fin de la prioridad para la ESF y el crecimiento de los Equipos de Atención Primaria; contribuyó con una distribución inequitativa de recursos entre los municipios, incluyendo reducción de los recursos de cofinanciamiento federal para la APS. Adicionalmente, promovió un modelo

[...] médico-centrado, focalizado, asistencialista, distante del territorio y la comunidad, sin dar prioridad al cuidado multiprofesional, guiado por la lógica productivista (metas de producción), en detrimento de la integralidad del cuidado, con prevención y promoción de la salud³⁰.

Al contribuir con ese círculo vicioso, las enmiendas parlamentares se transformaron en un presupuesto paralelo a las prioridades de gestión del SUS, poniendo en el centro de esa reflexión las relaciones de poder entre el Ejecutivo y el Parlamento, así como el papel de la relación interfederativa y de los espacios de gestión colegiada y tripartita del SUS, en el ordenamiento de los recursos federales. Además, la creación de la Agencia para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud (Adaps), actualmente denominada Agencia Brasileña de Apoyo a la Gestión del Sistema Único de Salud (AgSUS), requiere investigaciones sobre los impactos de ese tipo de dispositivo en la gestión de los recursos del SUS. El marcante sentido privatizador de esas decisiones fue identificado por Morosini et al.⁷ al analizar el Previne Brasil.

Así, en este eje, las preguntas de investigación buscan caracterizar las relaciones público – privadas en la gestión de la APS; investigar la eficiencia y los impactos de los modelos de gestión y financiamiento en la equidad de la distribución de recursos, en el perfeccionamiento del modelo de APS y en la calidad de los servicios de APS (*cuadro 2*).

Cuadro 2. Temas de Investigación prioritarios – Eje II: Modelo de APS integrado en la red de atención y en las políticas intersectoriales y Eje III: Modelo de gestión y financiamiento de la APS

Eje II: Modelo de APS integrado en la red de atención y en las políticas intersectoriales

Evaluar experiencias y estrategias de coordinación de la APS en la red de atención en salud, analizando la participación de la APS en los mecanismos de regulación asistencial que proporcionen un cuidado integral en tiempo oportuno a los usuarios, teniendo como base los principios del SUS de universalidad, equidad e integralidad;

Analizar experiencias de gestión regionalizada de la red de atención en salud, que fortalezcan la APS como coordinadora del cuidado;

Evaluar los impactos de diferentes modelos técnico-asistenciales de la APS (ESF; equipos de APS simplificados, otros) sobre el acceso a los servicios, calidad de la atención e impacto en los problemas de salud de la población;

Analizar estrategias e innovaciones en relación con la integración de la vigilancia con la atención en salud en el ámbito de la APS, con fortalecimiento de la orientación comunitaria de base territorial y la participación social;

Evaluar los mecanismos de accesibilidad organizacional (horario, tiempo de espera, recepción y acogida) en la APS;

Evaluar la articulación de la APS con los demás sectores sociales en la implementación de políticas intersectoriales para el enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud, incluyendo factores socioeconómicos y ambientales, así como los comportamientos en salud.

Eje III: Modelo de gestión y financiamiento de la APS

Evaluar diferentes modalidades de gestión en salud y de relaciones público-privadas y sus impactos sobre la organización y calidad de los servicios de APS;

Elaborar modelos de evaluación con indicadores comparativos para evaluar la eficiencia de los modelos de gestión de la APS;

Analizar las modalidades asignación de recursos para la APS y sus efectos sobre la equidad en la distribución de los recursos y perfeccionamiento del modelo asistencial comunitario y territorial de la Estrategia Salud de la Familia;

Evaluar el impacto de las enmiendas parlamentares en la distribución de los recursos federales para la APS;

Evaluar los efectos de la Adaps y de la agencia que la substituyó en la constitución de redes de actores y en los intereses de los gestores municipales, corporaciones y relaciones público-privadas.

Fuente: elaboración propia.

Eje IV: Gestión del trabajo, reorganización y cualificación de los procesos de trabajo en la APS

Un aspecto fundamental para la reconstrucción y mejora de la calidad de la APS es la gestión del trabajo, cuyo principal desafío es tornar menos precarias las relaciones laborales, actualmente caracterizadas por múltiples tipos y modalidades de contratación, muchos sin garantizar los derechos laborales y con impactos nefastos en la seguridad y salud del trabajador de la APS. La precarización del trabajo, caracterizada por profesionales de la salud con dedicación parcial, menor carga horaria y múltiples relaciones laborales, ha contribuido a reducir la retención del personal y a aumentar su rotación, causando fragmentación de los procesos de trabajo, y esto a su

vez, determina la fragmentación del cuidado en salud. El análisis de apenas dos meses del año (junio y octubre de 2023) demostró una reducción de los eSF sin médicos, posiblemente porque se retomó el Programa Más Médicos, pero se mantuvo o aumentó la ausencia de los demás profesionales. Esto demuestra que es necesario ampliar el objetivo de las políticas de provisión a los demás trabajadores de la salud en la APS³¹.

Las propuestas de investigación de este eje, presentadas en el *cuadro 3*, enfatizan la importancia de los trabajadores para la calidad de la APS, lo cual exige una discusión sobre los modelos de gestión del trabajo en la APS, especialmente, sobre las relaciones público-privadas, destacando sus impactos en las modalidades de contratación, relaciones laborales, retención, rotación, calidad de vida

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

y salud de los profesionales de la salud, con énfasis en la salud mental. Políticas iniciadas en 2023 también deberán ser evaluadas debido a sus posibles impactos en la gestión, destacando la reanudación de la Mesa Nacional de Negociación Permanente del SUS; el Programa Nacional de Equidad de Género, Raza y Valorización de las trabajadoras en el SUS; la definición del Piso salarial para enfermería; el

Programa Más Médicos – Estrategia Nacional de Formación de Especialistas en Salud; los procesos de educación permanente de los profesionales gestores de la APS y la actuación y prácticas de los equipos multiprofesionales (eMulti) en cuanto al apoyo técnico-pedagógico, apoyo matricial y atención individual y colectiva en los territorios de la APS (*cuadro 3*).

Cuadro 3. Temas de Investigación prioritarios - Eje IV: Gestión del trabajo, reorganización y cualificación de los procesos de trabajo en la APS

Eje IV: Gestión del trabajo, reorganización y cualificación de los procesos de trabajo en la APS

Evaluar los modelos de gestión del trabajo de los profesionales de la APS, considerando las relaciones público-privadas y sus impactos sobre las modalidades de contratación y relaciones laborales, retención, reducción de la rotación, calidad de vida y salud de los trabajadores de la APS;

Analizar las características de los procesos de trabajo de los profesionales de la salud con base en el concepto ampliado de salud, en la actuación multiprofesional, en la Interprofesionalidad, en la continuidad e integralidad de la atención y orientación comunitaria, considerando los modelos de atención en salud;

Analizar la composición de la fuerza laboral en la APS, destacando el carácter multiprofesional de los equipos y su distribución en los diferentes contextos locales y regionales;

Analizar el impacto de la violencia y de los factores estresores agudos y crónicos sobre los procesos de trabajo y la salud mental de los profesionales de la APS;

Analizar la efectividad de los programas de educación permanente para profesionales y gestores, sobre la atención a las necesidades en salud individuales y colectivas y la planificación local de las acciones de salud;

Analizar la provisión de médicos en áreas remotas y desfavorecidas y sus impactos en el acceso y la situación de salud;

Analizar el perfil de los profesionales que actúan en los equipos de Salud de la Familia (eSF)/APS, en cuanto a formación y avance en el número de especialistas en Medicina y Enfermería de Familia y Comunidad;

Analizar la proporción del número de equipos de salud bucal (eSB) en relación con el número de eSF y sus efectos en el acceso a la salud bucal;

Analizar las prácticas y formas de inserción de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en los equipos y el desarrollo de los procesos de formación de estos trabajadores;

Evaluar la actuación y prácticas de los equipos multiprofesionales (eMulti) en cuanto al apoyo técnico-pedagógico, el apoyo matricial, la atención individual, en grupo y domiciliario; las actividades colectivas, discusiones de casos, atención compartida entre profesionales y equipos, oferta de acciones de salud a distancia, construcción conjunta de proyectos terapéuticos e intervenciones en el territorio; y prácticas intersectoriales;

Analizar las diferentes formas de apoyo matricial a los equipos de APS.

Fuente: elaboración propia.

Eje V: Salud digital en la APS

El primer desafío para el uso de la salud digital en la APS, como estrategia de ampliación del acceso, es justamente la garantía del acceso

a internet en las unidades de salud y para la población en general. Según datos de septiembre de 2023, del Registro Nacional de Establecimientos de Salud, divulgados en los Paneles de Apoyo del Consejo Nacional de

Secretarías Municipales de Salud (Conasems), 30% de las UBS en Brasil no tienen conexión a internet, con porcentajes aún mayores en las regiones Norte (45%) y Nordeste (40%)³².

En el caso de municipios remotos y rurales, los desafíos son aún mayores para garantizar la conectividad y suministro de energía estable. Los costos son más altos, por tanto, es fundamental realizar acuerdos con el gobierno federal para la conectividad de las unidades de APS en lugares remotos³³. Además, el país enfrenta grandes desafíos en cuanto a equidad en el acceso a internet para la población. Según la Encuesta de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los Domicilios³⁴, la tasa de hogares con conectividad en Brasil fue de 80% en 2022. Entre las personas con 10 años o más, 149 millones tenían acceso, mientras que 27 millones nunca utilizaron internet. La adopción de tecnologías digitales en la atención y vigilancia en salud puede fortalecer la capacidad resolutoria de la APS. Para esto, además de la garantía de acceso a las TIC, se deben considerar, también, los dilemas éticos de la utilización de esas herramientas; la seguridad de los datos de los usuarios; y la necesaria alfabetización digital para profesionales y usuarios. La adopción de las TIC impone la implementación de políticas públicas que regulen y garanticen los recursos necesarios para el equipamiento y la conectividad en todo

el territorio nacional, incluyendo el acceso a internet por parte de la población, propiciando condiciones favorables para el cuidado ético, equitativo, universal e integral en salud, basado en estudios específicos (*cuadro 4*).

Eje VI: Infraestructura de las unidades de APS

El contexto de la pandemia de Covid-19 dejó en evidencia la precariedad de la estructura física de gran parte de las UBS del país. En el proceso de reconstrucción de la APS, serán necesarias significativas inversiones para asegurar las condiciones estructurales que garanticen el cumplimiento de las normas de bioseguridad y accesibilidad de las instituciones, los equipos suficientes, insumos, medicamentos y vacunas; conectividad a internet y sistemas de transporte sanitario para trasladar pacientes a los demás niveles de atención. En 2024, están previstos recursos federales por cerca de R\$ 7,4 billones como parte del Programa de Aceleración del Crecimiento para construcción y reforma de las UBS, siendo recomendable conocer esas necesidades para mejor asignación de los recursos. En ese eje, las propuestas presentadas en el *cuadro 4* contemplan estudios que analizan las condiciones estructurales de la red de servicios básicos de salud.

Cuadro 4. Temas de Investigación prioritarios – Eje V: Salud digital en la APS y Eje VI: Infraestructura de las unidades de APS

Eje V: Salud digital en la APS

Analizar los procesos de gestión que promuevan la equidad en la distribución de los recursos y transparencia en los procesos de incorporación de las tecnologías digitales en la atención a las necesidades de salud;

Evaluar las políticas y estrategias de ampliación del acceso a internet para la población y para los servicios de salud, con conectividad y garantía de equipos suficientes (celulares, computadores y herramientas informáticas) en las Unidades Básicas de Salud;

Evaluar los procesos de educación permanente y educación popular en el ámbito de la APS, que promuevan la alfabetización digital de profesionales de la salud y usuarios para el uso de las tecnologías digitales en la APS;

Evaluar el uso de las TIC en los procesos de cuidado en salud en el ámbito de la APS, que garanticen las comunicaciones electrónicas entre los profesionales de la salud y entre ellos y los pacientes, considerando la equidad y calidad de la atención y cuestiones éticas;

Cuadro 4. Temas de Investigación prioritarios - Eje V: Salud digital en la APS y Eje VI: Infraestructura de las unidades de APS

Evaluar las estrategias de 'Telesalud' para la garantía del cuidado y respuesta efectiva a las condiciones crónicas y agudas en los servicios de APS;

Analizar el uso de tecnologías digitales y equipos para mejorar la capacidad clínica de la APS, incluyendo el acceso remoto a la atención especializada y el apoyo a los profesionales de la salud a través de una segunda opinión de especialistas;

Analizar el uso de la información en salud e interoperabilidad de los sistemas de información e historia clínica electrónica para la gestión del cuidado en salud;

Analizar experiencias de utilización de la Inteligencia Artificial en la APS.

Eje VI: Infraestructura de las unidades de APS

Evaluar las condiciones estructurales de las Unidades Básicas de Salud, en cuanto a adecuación, bioseguridad y accesibilidad de las instalaciones, equipos suficientes, insumos, medicamentos y vacunas; y conectividad a internet y sistemas de transporte sanitarios para trasladar pacientes a los demás niveles de atención;

Evaluar las estrategias de accesibilidad organizacional (horario, tiempo de espera, recepción y acogida) en la APS;

Analizar la organización de la atención farmacéutica en la APS con garantía de acceso a los medicamentos necesarios.

Fuente: elaboración propia.

Eje VII: Atención integral y resolutive de calidad

En este eje se especifican algunos de los problemas de salud cuyo control está asociado a la organización de la APS de base territorial y con orientación comunitaria, destacándose las condiciones crónicas, la salud mental y las violencias. La integración de las prácticas de APS y vigilancia, como fue presentado en el Eje Modelo de Atención, debe ser investigada en relación con sus posibles efectos en la calidad de vida y salud de la población – de igual forma, los asuntos poco estudiados en la literatura, como la efectividad de las acciones de APS en los cuidados paliativos y en la salud indígena. Finalmente, las lecciones aprendidas durante la pandemia de Covid-19 deben orientar la preparación de la APS para futuras emergencias sanitarias, incluyendo los efectos de la crisis climática. Investigaciones sobre el impacto de la APS en la ocurrencia y distribución de los problemas propuestos en este eje son presentados en el *cuadro 5*.

Eje VIII: Monitoreo y evaluación

Finalmente, el Monitoreo y Evaluación (MyA) de la APS es en sí mismo un eje de la agenda de investigación, con los componentes presentados en el *cuadro 5*. Entre las dificultades identificadas en este ámbito están: la fragmentación y desarticulación de los sistemas de información; la actualización de la información y la posibilidad de tabulación de datos en el aplicativo on-line Tabnet, del Departamento de Informática do SUS (DataSUS); la disponibilidad, en repositorios permanentes, de bases de datos para monitoreo y análisis con herramientas externas, como paquetes estadísticos; la educación permanente para gestores, profesionales de la salud y consejeros; la divulgación social de los procesos de evaluación y sus resultados. Además, dificultades con el e-SUS APS favorecen la privatización de los sistemas de información municipales. En esa coyuntura, es fundamental que los datos generados sean de propiedad, control y uso público, permitiendo el acceso a las bases de datos para investigadores, gestores y profesionales (*cuadro 5*).

Cuadro 5. Temas de Investigación prioritarios – Eje VII: Atención integral y resolutive de calidad y Eje VIII: Monitoreo y evaluación

Eje VII: Atención integral y resolutive de calidad

Evaluar los impactos del acceso y calidad de la APS sobre las respuestas a las necesidades de salud de la población, destacándose los siguientes problemas: Condiciones sensibles a la APS; Condiciones crónicas; Salud mental y Violencias;

Evaluar los impactos del desarrollo de acciones de promoción de la salud en la APS sobre la salud de la población, destacando estrategias de orientación familiar y comunitaria;

Analizar necesidades de atención, formación, implementación, efectividad y eficiencia de estrategias de cuidado específicas, como cuidados paliativos, envejecimiento y fragilidad, multimorbilidad y transición de los cuidados;

Analizar acciones direccionadas a la salud indígena desarrolladas en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) en el ámbito de la APS;

Analizar estrategias de preparación de los gestores y profesionales de la salud para la respuesta a la emergencia sanitaria.

Eje VIII: Monitoreo y evaluación

Analizar políticas y modelos de monitoreo y evaluación para la promoción de la mejoría del acceso y de la calidad de la APS;

Elaborar modelos de evaluación del desempeño de la APS, con definición de indicadores de calidad, a través de técnicas de consenso con investigadores, gestores y profesionales de la salud; con énfasis en propuestas de investigación de carácter evaluativo y específicamente evaluaciones externas con participación de Instituciones de Educación Superior y de Investigación;

Elaborar modelos y matrices de indicadores para el seguimiento y evaluación de la equidad en el acceso y la calidad de la atención, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, raza/color/etnia, género, orientación sexual, edad, personas con discapacidad;

Realizar metaanálisis de estudios de evaluación en Atención Primaria en Salud.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones finales

A partir de la ESF y promovido por sus principios e instrumentos, Brasil pasó por un proceso creciente de institucionalización de la evaluación de la APS, principalmente de 2003 a 2018, con iniciativas sólidas e integrales, como el Proesf, la AMQ y el PMAQ-AB. Ese importante proceso es destacable por lo menos en tres aspectos: la colaboración entre la academia, la gestión y los servicios; su naturaleza democrática, desde la definición de indicadores e instrumentos hasta la divulgación y análisis de los datos recolectados; y su aceptación y capacidad de influir en los procesos de decisión política.

Es necesario retomar esos esfuerzos, para la construcción de una Política Nacional de Monitoreo y Evaluación en APS que produzca conocimientos actualizados y con un nivel de detalle capaz de orientar la gestión y el

cuidado de los diferentes grupos poblacionales en la APS en el SUS con equidad. Tal política debe basarse en una perspectiva ampliada y propositiva de la salud, en el entendimiento de la determinación social de los procesos salud-enfermedad-cuidado y en la organización de la atención en un modelo vigilante de la salud según los principios del SUS y de la APS.

En ese sentido, es urgente radicalizar el proceso de reconstrucción de la APS y del monitoreo y evaluación en APS en Brasil, con el objetivo de universalizar la cobertura de la ESF, con equipos cualificados y satisfechos con su trabajo, desarrollando sus actividades en UBS con un adecuado ambiente. El fomento de investigaciones de evaluación según los ejes y componentes aquí presentados y la reanudación de la institucionalización de la evaluación en APS son esenciales para orientar las políticas necesarias para el enfrentamiento de los desafíos discutidos.

Además de trabajar con los usuarios, es necesario mejorar nuestras herramientas, para encontrar a las personas aún excluidas de la APS. La noción de ‘territorio’ y de ‘comunidad’ es esencial: todos vivimos en algún ‘lugar’ y todos tenemos una historia, más o menos reciente relacionada con ese ‘lugar’. Lo ‘local’ es el campo de trabajo de la APS, así, la institucionalización de una Política Nacional de Monitoreo y Evaluación de la APS, que considere los elementos aquí discutidos, debe ser un fuerte instrumento de promoción de la equidad en salud y derechos sociales para la población brasileña en todos los territorios.

Colaboradores

Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)*, Nedel FB (0000-0002-8059-7358)*, Pereira RAG (0000-0003-3906-5170)*, Batista SRR (0000-0001-7356-522X)*, Almeida APSC (0000-0001-5808-5818)*, Cury GC (0000-0002-0411-8343)*, Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)*, Sarti TD (0000-0002-1545-6276)*, Facchini LA (0000-0002-5746-5170)* y Giovannella L (0000-0002-6522-545X)* contribuyeron de igual manera en elaboración de este manuscrito. ■

Referencias

1. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 51-72.
2. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021. p. 224.
3. Teixeira M, Matta GC, Silva Junior AG. Modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção de saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 117-41.
4. Giovannella L, Mendonça MHM, Medina, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 569-610.
5. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):553-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>
6. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na APS. *APS*. 2021;3(2):131-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
7. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. *Previsão Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?* *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00040220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
8. Macinko J, Harris M. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Univer-

- sal Health System. *N Engl J Med.* 2015;372(23):2177-81. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
9. Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med.* 2017;14(5):e1002306. DOI: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002306>
 10. Kessler M, Thumé E, Marmot M, et al. Family Health Strategy, Primary Health Care, and social inequalities in mortality among older adults in Bagé, Southern Brazil. *Am J Public Health.* 2021;111(5):927-36. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306146>
 11. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health.* 2015;105(11):S585-99. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301452>
 12. Moreno AB. Muito além do básico: As bases de dados em saúde e a atenção básica à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 265-89.
 13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2011 out 24 [acesso em 2024 set 24]; Edição 203; Seção I:48. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
 14. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 569-610.
 15. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Bases para uma atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 2022.
 16. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: ABRASCO; [sem data]. *Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS: Proposições da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO;* 2022 ago 4 [acesso em 2024 jan 1]. p. 4. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/APS-integral-resolutiva-territorial-comunitaria-e-integrada-a-rede-do-SUS-4-agosto-Conferencia-livre-e-popular-Proposicoes-da-Rede-de-Pesquisa-em-APS-da-ABRASCO.pdf>
 17. Pimenta A, Mendes Á, Lages C, et al. Uma alternativa para superação do Programa Previnde Brasil: propostas para alocação de recursos federais para APS [Internet]. 2023 jun 30 [acesso em 2024 jan 1]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf
 18. Aquino R, Medina MG, Vilasboas ALQ, et al. Estratégia saúde da família: Evolução do modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida Filho N, editores. *Saúde coletiva: teoria e prática.* 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 317-40.
 19. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Soc.* 2023;32(1):e220382pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>
 20. Dantas DSG, Silva MRF, Torres RAM, et al. A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Motricidade* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 jan 1];14(1):157-63. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a21.pdf>
 21. Nespoli G. A educação popular é importante porque reconhece as condições de vida, atua a partir da realidade, promove e organiza redes de apoio social que, neste momento, são fundamentais [Internet]. [Entrevista concedida a Julia Neves]. *EPSJV/Fiocruz.* 2020 jun 1 [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz>

- br/noticias/entrevista/a-educacao-popular-e-importante-porque-reconhece-condicoes-de-vida-atua-a-partir
22. Mendonça MHM, Alves MGM, Spadacio C. Determinação social da saúde e participação social na aps. *APS*. 2022;4(1):54-60. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.227>
 23. Silveira Pinto R. Ensaio sobre assistência farmacêutica e participação da comunidade na saúde na atenção básica [tese na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia; 2021 [acesso em 2024 jan 1]. p. 290. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/248826>
 24. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 714, de 2 de julho de 2023. Dispõe sobre Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 ago 23 [acesso em 30 jun 2024]; Edição 161; Seção 1:78. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2023/3089-resolucao-n-714-de-02-de-julho-de-2024>
 25. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
 26. Prado NMBL, Aquino R, Vilasbôas ALQ. Atenção primária à saúde e o modelo da vigilância à saúde [Internet]. Salvador: Rede APS; 2021 [acesso em 30 jun 2024]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Vigilancia.pdf
 27. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382(9886):57-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)
 28. Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(7):790-6. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0599>
 29. Santos L. Atenção primária e a privatização dos serviços de saúde. *Rev direito sanit*. 2022;22(2):e0014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.181323>
 30. Fúncia FR, Moretti B, Ocké-Reis CO, et al. Nova política de financiamento do SUS [Internet]. Salvador: ABRES; 2022 [acesso em 2023 jun 30]. Disponível em: <https://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2022/07/Proposta-Nova-Politica-de-Financiamento-SUS-Abres.pdf>
 31. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (BR). Brasília, DF: Conasems; [sem data]. Painel de equipes na Atenção Básica [Internet]. 2024 jan 17 [acesso em 2024 jan 25; atualizado em 2024 jun 17]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/19_equipes-na-atencao-basica
 32. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (BR). Brasília, DF: Conasems; [sem data]. Conectividade Unidades de Saúde [Internet]. 2024 jan 17 [acesso em 2024 jan 25; atualizado em 2024 jun 17]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/27_conectividade-unidades-de-saude
 33. Organisation for Economic Cooperation and Development. Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Paris: OECD; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>
 34. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação-Cetic.br [Internet]. São Paulo: NIC.br; 2005. Pesquisa TIC Domicílios. 2022 jul [acesso em 2024 jan 17]. Disponível em: https://www.nic.br/media/docs/publicacoes/2/20230825143348/resumo_executivo_tic_domicilios_2022.pdf

Recibido en 22/01/2024

Aprobado en 15/04/2024

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Editora responsable: Magda Duarte dos Anjos Scherer