



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Atención Primaria de Salud en Brasil (APS): construcción y validación de un instrumento para evaluar la resolutividad a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

Tesista: Renata de Cássia Coêlho Pires

Tutor: Dr. Francícero Rocha Lopes

Tesis para optar al título de Doctora en Salud Pública, con mención en sistemas y servicios de Salud.

Buenos Aires – Argentina

14 de agosto de 2024

RENATA DE CÁSSIA COÊLHO PIRES

Atención Primaria de Salud en Brasil (APS): construcción y validación de un instrumento para evaluar la resolutiveidad a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

Tesis presentada al Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales - UCES, para obtener el título de Doctora en Salud Pública.

Tutor: Prof. Francícero Rocha Lopes, Dr.

Buenos Aires – Argentina

14 de agosto de 2024

RENATA DE CÁSSIA COÊLHO PIRES

Atención Primaria de Salud en Brasil (APS): construcción y validación de un instrumento para evaluar la resolutiveidad a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

Tesis presentada al Curso de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, como requisito parcial para la obtención del Grado de Doctor en Salud Pública con la dirección del Prof. Dr. Francícero Rocha Lopes.

Esta tesis fue juzgada y aprobada para la Obtención del título de Doctora en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Prof. Dra. PhD Silvia Vouillat

Coordinadora Académica Doctorado en Salud Publica - U.C.E.S

Buenos Aires, _____ de _____ 2024

COMISIÓN EXAMINADORA

1º Examinador

Prof. Doctor Sergio Horis Del Prete

2º Examinador

Prof. Doctora Tatiana Bragança de Azevedo Della Giustina

3º Examinador

Prof. Doctor Robinson Ali Garay Pardo

Este trabajo está dedicado a mis padres Marília y Raimundo (In memoriam), mi esposo Francisco, mis hermanos Rita y Júnior, mis sobrinos (Ítalo y João) y Bruce.

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente doy gracias a Dios, en el nombre de Jesucristo, por el don de la vida y por superar los muchos desafíos que se han planteado durante el curso de este trabajo;

A la intercesión de Nuestra Señora, madre de Jesús, por promover verdaderos milagros en mi vida y en la realización de esta obra;

A mis padres, Marília y Raimundo, que en vida me transmitieron valores esenciales y me animaron a no rendirme nunca;

A mi esposo, Francisco Fontenele, que luchó por su vida y ganó, hoy somos una familia;

A mis hermanos, Rita y Júnior, por el apoyo siempre;

A mis sobrinos y ahijados por darme amor como apoyo para todo;

A mi nueva familia, suegros (Dona Jesus y Sr. Godofredo) y cuñados, que crearon un nuevo escenario de apoyo en mi vida;

A mi consejero Francícero, por la luz en toda la construcción de esta obra y por hacer posible el alcance de este título;

Para las amigas que aceptaron el desafío de buscar este título deseado fuera de Brasil, ¡funcionó!

Cuando trabajamos en salud, observamos cuánto necesita el ser humano atención primaria: el amor (Fernando Matos).

RESUMEN

La atención primaria de salud (APS) es considerada el primer nivel de atención de salud y el lugar preferido de entrada al sistema único de salud (SUS) en Brasil, y debe ser calificada hasta el punto de alcanzar la capacidad mínima de resolución del 80% en relación con las demandas de salud presentadas en sus territorios de actividad. Por lo tanto, el uso de instrumentos evaluativos en su contexto, que faciliten la detección de su capacidad real de resolutivez y posibles debilidades que actúan como barreras para la calidad de su atención, son fundamentales. El presente estudio metodológico tuvo como objetivo construir y validar un instrumento para evaluar el grado de resolutivez de la APS, a través del desempeño de la estrategia salud de la familia (ESF), así como evaluar la percepción de su aplicabilidad, satisfacción y posibilidad de uso, ante los profesionales que actúan en el área. Para ello, se utilizaron cuatro pasos metodológicos: construcción del instrumento denominado IAR-APS; validación a través de la opinión de 10 jueces expertos en cuanto a su contenido, apariencia y confiabilidad; reajuste del instrumento después de sugerencias (versión final) y evaluación de la percepción de su aplicabilidad con 450 profesionales, en la figura de miembros de la ESF, docentes, gerentes e investigadores del área. Así, el estudio resultó en un instrumento compuesto por 10 dimensiones y 75 ítems sobre las características de resolución que deben contener los ambientes de las unidades de salud de la familia (USF), además de identificar la capacidad resolutivez en su aspecto cuantitativo y cualitativo. Una vez completadas las etapas de evaluación, el instrumento se consideró validado con un índice de validez de contenido (IVC) promedio general de 92,5% con relación a su contenido y apariencia. En cuanto a la percepción de aplicabilidad, se obtuvo un promedio final de 86,1% de aceptación en todos los atributos evaluados, sólo con el atributo "eficiencia" con IVC de 75,3%, con la subcategoría de tiempo, con un promedio de 55,1%, siendo necesaria la corrección del tiempo de aplicación inicialmente sugerido. El instrumento fue considerado aplicable para evaluar la resolutivez y planificación de la atención, con satisfacción positiva del 81,1% entre los profesionales y 86,7% con aceptación favorable en cuanto a la posibilidad de uso en los servicios diarios. El estudio alcanzó los objetivos propuestos, con la realización de un instrumento válido y confiable, en los aspectos evaluados, pero con limitaciones derivadas de la escasez de literatura científica específica para identificar la resolutivez en el contexto de la APS, con la indicación de que se realicen nuevos estudios para el análisis de esta guía, así como el desarrollo de nuevas metodologías de evaluación. Finalmente, se espera que el estudio pueda convertirse en una opción para evaluar la calidad de los servicios de la APS

y, así, contribuir al conocimiento sobre la directriz de resolutiveidad, de acuerdo con las diversas realidades del inmenso territorio brasileño.

Palabras clave: Estudios de validación; Atención Primaria de Salud; Estrategia Salud de la Familia; Evaluación de la salud; Efectividad.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered the first level of health care and the preferred place of entry to the Unified Health System (UHS) in Brazil, and should be qualified to the point of achieving the minimum capacity of 80% resolution in relation to the health demands presented in their territories of activity. Thus, the use of evaluation instruments in their context, which facilitate the detection of their real resolutive capacity and possible weaknesses that act as barriers to the quality of their assistance, are fundamental. The present methodological study aimed to construct and validate an instrument for evaluating the degree of resolution of PHC, through the performance of the Family Health Strategy (FHS), as well as to evaluate the perception of its applicability, satisfaction and possibility of use, before the professionals who work in the area. For this, four methodological steps were used: construction of the instrument called IAR-APS; validation through the opinion of 10 expert judges regarding its content, appearance and reliability; readjustment of the instrument after suggestions (final version) and evaluation of the perception of its applicability with 450 professionals, in the figure of FHS members, teachers, managers and researchers in the area. Thus, the study resulted in an instrument composed of 10 dimensions and 75 items on the resolving characteristics that the environments of the Family Health Units (FHU) should contain, in addition to the identification of resolving capacity in its quantitative and qualitative aspect. Once the evaluation steps were completed, the instrument was considered validated with an overall average Content Validity Index (CVI) of 92,5% in relation to its content and appearance. As for the perception of applicability, a final average of 86,1% acceptance in all the evaluated attributes, only with the attribute "efficiency" with CVI of 75,3%, being necessary the correction of the application time initially suggested. The instrument was considered applicable to assess resolution and care planning, with positive satisfaction of 81,1% among professionals and 86,7% with favorable acceptance regarding the possibility of use in daily services. The study achieved the proposed objectives, with the realization of a valid and reliable instrument, in the evaluated aspects, but with limitations derived from the scarcity of specific scientific literature to identify the resolution in the context of PHC, with the indication that new studies are carried out for the analysis of this guideline, as well as the development of new evaluation methodologies. Finally, it is expected that the study can become an option to evaluate the quality of PHC services and, thus, contribute to the knowledge about the resolution guideline, according to the various realities of the immense Brazilian territory.

Keywords: Validation studies; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health assessment; Effectiveness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	El cambio de los sistemas piramidales y jerárquicos de las redes de atención a la salud.....	36
Figura 2 -	Modelo de flujograma de atención a usuarios en unidades básicas de salud.....	74
Figura 3 -	Construcción y validación del instrumento IAR-APS.....	87
Figura 4 -	Marco teórico para la construcción del instrumento IAR-APS.....	90
Figura 5 -	Matriz de caracterización de las dimensiones de resolución seleccionadas.....	90
Figura 6 -	Distribución cuantitativa de los ítems según cada dimensión seleccionada.....	94
Figura 7 -	Distribución de los dominios listados para la construcción del instrumento de evaluación de la APS, con base en la revisión de la literatura y otras fuentes utilizadas como estructura conceptual del instrumento IAR-APS.....	101
Figura 8 -	Encabezado de la estructura conceptual utilizada para insertar las características definitorias de cada dimensión listada para la construcción de la 1ª versión del instrumento IAR-APS.....	102
Figura 9 -	Encabezado del instrumento IAR-APS.....	105
Figura 10 -	Dominio A - Infraestructura y sus elementos de cobertura.....	106
Figura 11 -	Dominio B - Caracterización del territorio/equipo y sus ítems de cobertura.....	109
Figura 12 -	Dominio C - Accesibilidad y sus elementos de cobertura.....	110
Figura 13 -	Dominio D - Acogimiento y sus elementos de cobertura.....	112
Figura 14 -	Dominio E - Coordinación de la atención y su conjunto de ítems de cobertura.....	114
Figura 15 -	Dominio F - Herramientas de gestión clínica y su conjunto de elementos de cobertura.....	117
Figura 16 -	Dominio G - Procesos de educación permanente y sus ítems de cobertura.....	119

Figura 17 -	Dominio H - Atención integral y su conjunto de elementos de cobertura.....	121
Figura 18 -	Dominio I - Resolutividad cuantitativa y su ítem de cobertura.....	124
Figura 19 -	Dominio J – Resolutividad cualitativa y su ítem de cobertura.....	128
Figura 20 -	Dominio A - Infraestructura, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.....	151
Figura 21 -	Dominio B - Características del territorio y del equipo, después de las sugerencias de los jueces seleccionados	153
Figura 22 -	Dominio C, en su versión final, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.....	155
Figura 23 -	Dominio D, en su versión final, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.....	156
Figura 24 -	Dominio G después de las sugerencias hechas por los jueces expertos.....	158
Figura 25 -	Dominios H, I y J, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.....	160

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 -	Caracterización de los datos recogidos de los jueces expertos participantes en la validación del instrumento IAR-APS.....	131
Tabla 2 -	Distribución del índice de validez de contenido (IVC) y alfa deCronbach según los objetivos y relevancia del instrumento IAR - APS.....	136
Tabla 3 -	Distribución de los resultados de la evaluación de contenido del instrumento IAR-APS, según los dominios A, B, C, D, E con respecto al índice de validez de contenido y consistencia interna (alfa de Cronbach).....	139
Tabla 4 -	Distribución de los resultados de la evaluación de contenido del instrumento IAR-APS, según los dominios F, G, H, I, J con respecto al índice de validez de contenido y consistencia interna (alfa de Cronbach).....	141
Tabla 5 -	Distribución de los datos según el índice de validez de contenido (IVC) y alfa de crobach, según los ítems seleccionados para los dominios (A, B, C, D y E) del instrumento IAR-APS.....	143
Tabla 6 -	Distribución de los datos según el índice de validez de contenido (IVC) y alfa de crobach, según los ítems seleccionados para los dominios (F, G, H, I y J) del instrumento IAR-APS.....	145
Tabla 7 -	Distribución de los datos según la evaluación de la apariencia del instrumento IAR-APS, según el índice de concordancia (IC%) y el alfa de Cronbach.....	147
Tabla 8 -	Distribución de los datos relativos a las medias de IVC, de losobjetivos y relevancia, dominios, ítems y apariencia del instrumento IAR-APS, por los jueces expertos.....	149
Tabla 9 -	Caracterización de los profesionales de la salud involucrados en la Atención Primaria de Salud.....	163
Tabla 10 -	Distribución de los datos resultantes de la evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR-APS, según el atributo de funcionalidad y sus subcategorías: adecuación, precisión e interoperabilidad.....	165

Tabla 11 - Distribución de los datos de evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR-APS, según el atributo de usabilidad y sus subcategorías: inteligibilidad, aprensibilidad y operatividad.....	167
Tabla 12 - Distribución de los datos según el atributo de eficiencia y sus subcategorías: tiempo, recursos, grado de satisfacción con el instrumento y posibilidad de uso en la rutina del servicio de APS.....	169

LISTA DE ABREVIATURA Y SIGLAS

APS	Atención primaria de salud
SUS	Sistema único de salud
ESF	Estrategia salud de la familia
PNAB	Política nacional de atención básica
USF	Unidad de salud de la familia
RAS	Redes de atención a la salud
OPS	Organización panamericana de la salud
OMS	Organización mundial de la salud
RISS	Redes integradas de servicios de salud
CONASS	Consejo nacional de secretarios de salud
CONASEMS	Consejo nacional de secretarios municipales de salud
GTA	Grupo técnico de atención
CIT	Comisión intergestores tripartita
RUE	Red de atención de urgencia y emergencia
RAPS	Red de atención psicosocial
UNICEF	Fondo de las naciones unidas para la infancia
PSF	Programa de salud de la familia
eSF	Equipo de salud de la familia
eAP	Equipo de atención primaria de la salud
eMULTI	Equipos multidisciplinarios de atención primaria de salud
ACE	Agente comunitario endémico
MS	Ministerio de la salud
POE	Procedimiento operativo estándar
SIAB	Sistema de información de atención básica
ELB	Estudio de línea de base
PROESF	Proyecto de expansión y consolidación de salud de la familia
PMAQ	Programa nacional para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria
PAB	Piso de atención básica

SCNES	Sistema nacional de registro de establecimientos de salud
ACS	Agente comunitario de salud
INSS	Instituto nacional de seguridad social
CEP/CONEP	Comité de ética en investigación y comisión nacional de ética en investigación
FCLA	Formulario de consentimiento libre y aclarado

SUMARIO

CAPITULO 1

1	Introducción.....	19
1.1	<i>Presentación.....</i>	19
2	Problema.....	22
3	Justificativa.....	24
4	Objetivos.....	26
4.1	<i>Objetivo general.....</i>	26
4.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	26
5	Descripción de los capítulos de la tesis.....	27

CAPITULO 2

6	Marco teórico.....	28
6.1	<i>El Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil.....</i>	28
6.1.1	Principios y directrices.....	30
6.1.2	Niveles de atención a la salud en el SUS.....	33
6.2	Redes de atención a la salud (RAS) en Brasil	34
6.2.1	Concepto.....	34
6.2.2	Elementos constitutivos de las redes de atención a la salud (RAS) en Brasil.....	37
6.3	Atención primaria de salud (APS).....	39
6.3.1	Concepto.....	40
6.3.2	Funciones de la atención primaria de salud (APS) en las redes de atención a la salud (RAS).....	42
6.3.3	Funcionamiento de la atención primaria de salud (APS).....	43
6.4	La estrategia salud de la familia (ESF) en Brasil.....	45
6.4.1	El proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia en Brasil.....	48
6.4.2	Atribuciones comunes a los profesionales del equipo de salud de la familia.....	50
6.5	La política nacional de atención básica (PNAB) en Brasil.....	51
6.5.1	Finalidad de la política nacional de atención básica de 2017.....	52

6.5.2	La resolutivead en el contexto de la política nacional de atención básica (PNAB) de 2017.....	53
6.5.3	Principales cambios en las políticas relacionadas con la atención primaria de salud (APS) en Brasil.....	55
6.6	La resolutivead en la Atención Primaria de Salud y su importancia para las redes de atención a la salud.....	57
6.7	El proceso de atención a la salud.....	59
6.7.1	Las demandas en salud en el proceso de atención a la salud en la APS..	60
6.7.2	Tipos de demandas en salud.....	61
6.7.3	Perfil de las demandas en salud en el contexto de la APS.....	61
6.8	La relación entre la resolutivead y las demandas de salud en el escenario de la APS.....	63
6.9	Factores relacionados con la ampliación de la resolutivead en la APS.....	64
6.9.1	Propuesta de organización de la APS para aumentar la resolutivead en la perspectiva de las demandas de salud.....	68
6.9.2	Propuesta para organizar el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) como mecanismo para ampliar la resolutivead.....	70
6.9.3	Modelo de acogida de las demandas de salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS).....	72
6.10	Evaluación de los servicios de salud en la APS.....	75
6.10.1	Evaluación de la resolutivead en la APS.....	80
CAPITULO 3		
7	Metodología.....	85
7.1	Tipo de estudio.....	85
7.2	Unidad de análisis del estudio.....	85
7.3	Aspectos éticos.....	85
7.4	Construcción del Instrumento de Evaluación de la Resolutivead en la APS (IAR-APS).....	86
7.4.1	Revisión de la literatura.....	87
7.4.1.1	Establecimiento de la estructura conceptual del instrumento.....	89
7.4.2	Definición de los objetivos del instrumento y de la población implicada.....	92

7.4.3	Construcción de los ítems del instrumento y escalas de respuestas Selección y organización de los ítems y estructuración del instrumento.....	93
7.4.4	Elaboración del Manual de Aplicación del Instrumento de Evaluación (IAR- APS).....	93
7.4.4.1	Elaboración del Manual de Aplicación del Instrumento de Evaluación (IAR- APS).....	95
7.4.4.2	Construcción del formulario modelo para el registro de la demanda reprimida en la APS.....	95
7.5	Validación de la apariencia y contenido del instrumento de evaluación de la resolutivez de la atención primaria (IAR-APS).....	96
7.5.1	Etapas para la validación de la apariencia, el contenido y la confiabilidad del instrumento IAR-APS.....	97
7.6	Evaluación de la aplicabilidad del instrumento IAR-APS	98

CAPITULO 4

8	Resultados y discusión	100
8.1	Construcción del instrumento para evaluar la resolutivez de la APS, a través de la acción de la estrategia salud de la familia (IAR- APS).....	100
8.2	Análisis de validación de apariencia, contenido y confiabilidad del instrumento IAR-APS, con el comité de expertos seleccionados	131
8.2.1	Caracterización de los jueces expertos participantes.....	131
8.2.2	Análisis de las etapas de validación de contenido, apariencia y confiabilidad del instrumento IAR-APS.....	135
8.2.3	Elaboración de la 2ª versión del instrumento IAR-APS de acuerdo con las sugerencias de los jueces seleccionados	150
8.2.4	Evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR- APS según los profesionales de la atención primaria de salud	162

CAPITULO 5

9	Conclusiones.....	172
---	-------------------	-----

Apéndices

Anexos

CAPITULO 1

1 introducción

1.1 Presentación

La presente tesis tiene como objeto de estudio la atención primaria de salud y una de sus directrices organizativas, la resolutivez, cuya definición está prevista a través de una legislación específica, la política nacional de atención básica de 2017, en el ámbito del sistema único de salud (SUS) brasileño. En esta política, se caracteriza la directriz resolutivez como la capacidad de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de la población, a través del uso y articulación de diferentes tecnologías de atención individual y colectiva, a través de una clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenciones clínicas y sanitarias efectivas, y de esta manera, configurarse en un espacio de alta resolución, con capacidad de atención compatible con las demandas que se presentan en su contexto (Política Nacional de Atención Básica [PNAB], 2017).

Este estudio se limitó a la directriz resolutivez de la APS, según la PNAB (2017), y se enfocó en la construcción y validación de un instrumento metodológico que permitiera evaluar las características relacionadas con el cumplimiento de esta directriz en el ambiente de las unidades de salud de la familia (USF), en sus aspectos cuantitativos y cualitativos a ser aplicado en territorios específicos desde la perspectiva de la estrategia salud de la familia (ESF).

En el contexto de los sistemas de salud, la atención primaria de salud (APS), en vista de todas las discusiones iniciadas por la conferencia de Alma-Ata en 1978 y por las posiciones de la organización panamericana de la salud (OPS), debe constituir la base de organización de estos sistemas, ya que se considera la mejor estrategia para producir mejoras sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población (Brasil, 2020).

En Brasil, según este contexto, la APS pasó a entenderse como la base de organización del sistema único de salud (SUS), siendo caracterizada como el nivel primario de atención de salud, con el fin de comportarse como el lugar de entrada preferencial de los usuarios al sistema, con énfasis en su función resolutivez de asistencia, frente a los problemas de salud más frecuentes, con el fin de reducir los costos económicos y satisfacer las demandas de la población, desde que compatibles con este nivel de atención (Brasil, 2015), y, además, ser responsable de coordinar la atención en situaciones que excedan sus competencias, encaminando los casos necesarios a otros niveles de atención y, por lo tanto, proporcionando un seguimiento adecuado (Giovannella, 2014).

En este escenario de organización de la salud pública brasileña, basada en la APS, se destaca la figura de la estrategia salud de la familia (ESF), que se convirtió en su principal modelo de consolidación y expansión, con la priorización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, de manera integral y continua, ofreciéndose a partir de un conjunto de acciones y servicios que van más allá de la atención médica, pero actúan sobre la base del reconocimiento de las necesidades de la población, debido al contacto cercano con los usuarios en sus territorios y con la atención de salud centrada en la familia, en su entorno físico y social, permitiendo el contacto de los profesionales de la salud que prestan atención, con las condiciones de vida y la salud de las poblaciones, permitiéndoles una comprensión más amplia del proceso salud-enfermedad, que requiere la presencia de un conjunto coherente de recursos tecnológicos y resolutivos (Oliveira & Pereira, 2013).

Sin embargo, a pesar de los avances significativos derivados de la expansión de la cobertura de la ESF en Brasil a lo largo del tiempo, dirigidos a la orientación comunitaria y la equidad (Giovanella et al., 2021), las dificultades permanecen relacionadas con el desequilibrio entre la oferta y la demanda en la APS, que se considera muy complejo, debido a sus dimensiones cuantitativas y cualitativas y su diversidad, por lo que constituye un desafío constante para los profesionales de la salud (Mendes, 2019).

A partir de este enfoque, la APS se ha convertido en una de las opciones iniciales para acoger a los usuarios al sistema de salud brasileño, que utilizan las unidades de salud de la familia (USF), basadas en necesidades de salud de distinta naturaleza, para resolver sus problemas. Según (Chávez et al., 2021), estas necesidades pueden presentarse de diferentes maneras, sin embargo, se manifiestan principalmente frente a la enfermedad, seguidas de otras razones además de las enfermedades, como el contexto cultural, las condiciones socioeconómicas y la ignorancia del flujo del sistema. Así, haciendo de la APS como punto de atención, configurarse como un lugar capaz de resolver la mayoría de estas demandas, y que, para ello, requiere la disponibilidad de un conjunto de factores que contribuyan a este propósito, tales como la estructura física, organizativa, tecnológica, humana y financiera, que sean compatibles con esta demanda, empezando por su modo de acceso y acogimiento, que debe ser facilitado, estimulado y de hecho resolutivo.

De acuerdo con Brasil (2015), para que esta capacidad asistencial sea posible, la APS debe asumir tres roles esenciales: la resolutividad, la coordinación y la responsabilización. El rol de la resolutividad, inherente al nivel de atención primaria, significa que deben ser resolutivos, capacitados y, por lo tanto, cognitiva y tecnológicamente, capaces de satisfacer de 80% a 90% de la demanda de APS. El rol de coordinación expresa el ejercicio, por parte de la APS, de ser el centro de comunicación de las redes de atención a la salud (RAS), que se entiende en este escenario como la disposición organizativa de las acciones y servicios de salud del SUS, que buscan asegurar la integralidad de la asistencia,

lo que significa poder ordenar los flujos y contraflujos de las personas, productos e información entre los diferentes componentes de las redes.

En cuanto a la responsabilidad, se enfatiza que la APS, especialmente a través de las acciones de los equipos de salud de la familia, debe establecer un vínculo con la población que está presente en el territorio de la USF, con el fin de garantizar la continuidad de las acciones de salud y la longitudinalidad del cuidado, con el objetivo de ser una referencia para su cuidado (Brasil, 2017a).

En esta perspectiva, la APS debe actuar teniendo en cuenta al usuario con sus demandas de salud, cuyo propósito es resolverlas y así contribuir a su mejor calidad de vida. El modelo actual de atención a la salud brasileña se ha colocado como una práctica de atención en el sentido de que los servicios de salud comiencen a trabajar con un enfoque en el individuo que lo busca, según sus necesidades, y que este servicio sepa reconocer y resolver tales problemas. Siendo la APS, la captadora de gran parte de las condiciones que afectan la salud de las personas, en la que destaca el cumplimiento de la directriz resolutoria (Souza & Botazzo, 2013).

En Brasil, varios estudios apuntan a los desafíos que enfrenta la APS con respecto a la resolutoria. Un estudio realizado por Costa et al., (2021) que buscó evaluar la capacidad de resolución de problemas de la APS, demostró baja resolución de los servicios ofrecidos en la atención primaria relacionados con la no actuación de las USF como reguladoras del sistema de salud, no realización de acciones programáticas, el uso de servicios de referencia en situaciones que podrían resolverse en su contexto, y también, las estructuras físicas de estos sitios, que en su mayoría, no correspondían a los criterios teóricos propuestos para su correcto funcionamiento.

En vista de lo anterior, la adecuada resolución de las prácticas asistenciales en la APS sigue con grandes obstáculos, ya que, si el servicio primario carece de la estructura necesaria para alcanzar la capacidad resolutoria recomendada, su papel ordenante se ve comprometido, causando fallas en el escenario de las redes de atención a la salud (RAS), generando sobrecarga a otros niveles de atención y consecuente fragilidad en la integralidad de la atención.

2 Problema

La APS representa el lugar de contacto inicial y preferencial para los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el SUS, que buscan atención por diversos problemas de salud. La estrategia salud de la familia (ESF) y sus equipos multidisciplinarios son responsables, en la mayoría de los casos, por escuchar y acoger a estos usuarios y, por lo tanto, deben reunir todas las condiciones necesarias para que las demandas presentadas sean resueltas con el mayor grado posible de resolutivez, utilizando un conjunto de recursos que son indispensables para su realización, que involucran aspectos financieros, estructurales, tecnológicos, humanos y materiales, además de asegurar atención a todas las personas que lo busquen, sin distinción.

De esta manera, a pesar de que la directriz resolutivez está dispuesta en la política nacional de atención básica, junto con las propuestas sobre su alcance, surgen preguntas sobre las formas de evaluar o medir su obtención de acuerdo con lo recomendado, ya que los usuarios que buscan atención en unidades básicas de salud ni siempre tienen sus solicitudes atendidas. Por lo tanto, si sus rechazos no se registran adecuadamente, no hay forma de tener una visión real sobre la capacidad resolutivez del servicio, porque solo los servicios prestados, independientemente de su resultado, ingresan al sistema de información del establecimiento, que actuará como base de datos para el cálculo de la capacidad resolutivez, sin tener en cuenta la cantidad de atención no realizada y sus razones.

A esta demanda de los usuarios que buscan atención y por alguna razón son rechazadas por el servicio de salud, son llamadas según Dantas et al., (2015), como una demanda reprimida, que está constituida por usuarios que fueron desatendidos en algún momento, lo que favorece el aumento de la judicialización de la salud. Esto requiere que este tipo de demanda sea tenida en cuenta en el contexto del cuidado, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, para que los servicios de APS puedan planificar sus acciones a partir de un escenario real, basado en la identificación de las necesidades de cuidado y sus posibles soluciones.

Acciones que estén vinculadas al proceso de evaluación y monitoreo de las acciones y servicios de atención primaria, y también la identificación de la presencia de las condiciones necesarias para una buena resolutivez de los atendimientos, especialmente los realizados por la ESF, se vuelven indispensables y una realidad para ser incorporada en los procesos de trabajo de los equipos de salud, en los que la existencia de un instrumento capaz de evaluar la resolutivez de la APS, podría contribuir a la elaboración de intervenciones para mejorar la calidad de los servicios de este nivel de atención, además de actuar como una herramienta de monitoreo periódico y orientar acciones, servicios y procesos de trabajo para lograr una resolutivez adecuada en el contexto de la APS.

En este sentido, surgieron las siguientes preguntas: ¿Puede ser válida y confiable la construcción de un instrumento que pueda evaluar el grado de resolutivez de la APS a través de los servicios ofrecidos por la estrategia salud de la familia (ESF)? ¿Podría el instrumento ser aplicable como una herramienta de planificación de acciones para los profesionales de la ESF y/o gestores del área? Porque, al considerar la resolutivez de los servicios de salud, especialmente los ofrecidos por la APS, existe un consenso sobre su importancia en ser resolutivo, ya que, por considerarse la puerta de entrada preferencial al SUS, debe buscar constantemente un desempeño satisfactorio y así consolidarse como una referencia para los ciudadanos en casos de problemas de salud.

3 Justificativa

Este estudio metodológico se justifica especialmente por la importancia de incentivar el uso de herramientas metodológicas para evaluar la calidad de los servicios de salud de la APS, cuyos resultados pueden permitir la discusión y replanificación de acciones y procesos de trabajo desde los equipos responsables de la atención en un determinado lugar de actuación.

La directriz resolutividad, cuando no se cumple, puede reflejarse en un mayor número de usuarios en otros niveles de atención (secundaria y terciaria) para resolver problemas de salud que podrían resolverse en el ámbito de la APS. Así, corresponde a los propios equipos de salud de la familia estar preparados para reconocer y resolver las principales necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad. Así, el uso de instrumentos de evaluación y monitoreo, fáciles de usar, de bajo costo y que puedan ser aplicados por los responsables de los servicios ofrecidos, se convierten en una opción viable para identificar la calidad de la atención.

Por lo tanto, es esencial que estos instrumentos de evaluación y monitoreo que se utilizarán en la APS sean válidos y confiables y que, de hecho, contribuyan a la planificación de las acciones y procesos de trabajo. La creación de un instrumento que evalúe la capacidad resolutiva de la atención de los equipos de salud de la familia tiene como objetivo conocer la calidad de su desempeño como receptora de usuarios con diversos tipos de demandas de salud y cuánto se están recibiendo y atendiendo estas necesidades. Así como, basar la planificación de las acciones en los resultados negativos encontrados.

De este modo, la realización de este estudio de carácter metodológico, tuvo como objetivo construir y validar un instrumento para evaluar la resolutividad de la APS, por el desempeño de la ESF, a través de la confirmación de evidencia de validez y confiabilidad para el instrumento propuesto, con jueces expertos en el área, y también ser evaluado por profesionales involucrados en el cuidado, investigación y gestión de la APS, con el fin de verificar la percepción en cuanto a su aplicabilidad y nivel de satisfacción con ella.

Se espera que el instrumento se convierta en una opción para los profesionales de la salud, gestores e investigadores, como un medio para detectar debilidades y potencialidades en este nivel de atención, ya que, al contribuir para la mejora de la calidad de los servicios prestados por la APS, favorece su consolidación y fortalecimiento como coordinadora de la atención en las redes de atención a la salud (RAS).

Finalmente, se defiende en el presente estudio, la tesis de que la creación de un instrumento para evaluar el grado de resolución de la APS a través de la estrategia salud de la familia es válida y confiable, en sus aspectos de apariencia y contenido, para su uso por

profesionales de la salud, gestores e investigadores del área, así como aplicable como herramienta de planificación de acciones y servicios ofrecidos.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Construir y validar un instrumento para evaluar la presencia o ausencia de características relacionadas con el alcance de la directriz resolutivez en el ámbito de la atención primaria de salud (APS), en sus aspectos de apariencia, contenido y confiabilidad, a través de la estrategia salud de la familia (ESF), para uso por profesionales de la salud, gestores e investigadores del área.

4.2 Objetivos específicos

- Construir un instrumento de tipo lista de verificación – (*checklist*) para evaluar la directriz resolutivez de la APS, a través de la identificación de las características relacionadas con el logro de la resolutivez, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, a través de la actuación de la estrategia salud de la familia;
- Realizar la validación del instrumento construido en relación con su contenido, apariencia y confiabilidad;
- Verificar la percepción de aplicabilidad del instrumento desde la perspectiva de los profesionales de la salud, gestores e investigadores del área;
- Estimar la satisfacción de los profesionales investigados en cuanto al instrumento propuesto.

5 Descripción de los capítulos de la tesis

En el capítulo I se presentan los aspectos introductorios del estudio metodológico realizado, con una breve presentación del tema y su delimitación (atención primaria de salud y la directriz resoluidad), seguido de la explicación del problema, justificación, objetivos generales y específicos y descripción de la organización de los capítulos presentes en la tesis.

Sigue el capítulo II, donde se abordó el marco teórico seleccionado para el desarrollo del estudio, el cual constituyó la base para la elaboración del instrumento metodológico de evaluación relacionado con la directriz resoluidad. El capítulo se estructuró de tal manera que discutiera el sistema de salud brasileño, a partir de sus antecedentes históricos, el sistema único de salud, las redes de atención a la salud, el abordaje de la atención primaria propiamente dicha, su concepto, funciones, formas de funcionamiento, política de ordenamiento y el papel de la directriz de resolución en el contexto de la APS frente a la variedad de demandas de salud en los territorios, así como fundamentar la importancia de los procesos de evaluación y monitoreo de la salud en el ámbito de los servicios de salud.

El capítulo III trata de los aspectos metodológicos para alcanzar el objetivo propuesto para esta tesis, con la descripción del tipo de estudio, unidad de análisis, aspectos éticos y etapas para la construcción del instrumento, su proceso de validación en cuanto a apariencia, contenido y confiabilidad, relacionado con los jueces expertos seleccionados, seguido de la presentación de los pasos realizados para evaluar la percepción de aplicabilidad del instrumento propuesto con los profesionales involucrados en la asistencia de APS.

A continuación, en el capítulo IV, se describen los resultados y la discusión obtenidos con el presente estudio, en el que se estructuró inicialmente con la presentación de la síntesis teórica enumerada para la selección de los dominios e ítems del instrumento; resultados del análisis sobre el proceso de validación de la apariencia, contenido y confiabilidad; la caracterización de los jueces expertos elegidos para la 1ª etapa del estudio; presentación de la versión final del instrumento después de la sugerencia de los jueces seleccionados y, finalmente, los resultados y la discusión obtenidos después de la presentación a los profesionales involucrados en la APS, sobre la percepción de aplicabilidad del instrumento en su versión final.

Finalmente, el capítulo V se completó con una descripción de las conclusiones obtenidas y consideraciones finales relacionadas con los objetivos del estudio.

CAPÍTULO 2

6 Marco teórico

6.1 El Sistema Único de Salud (SUS)

El sistema único de salud (SUS) es la nomenclatura dada al sistema de salud en Brasil. Se instituyó en el contexto nacional después de una serie de hechos históricos, basados especialmente en diversos movimientos sociales, que buscaban mejoras en las condiciones de salud de la población, que eran consideradas muy precarias y desiguales. El movimiento de reforma de la salud fue la principal forma de buscar estos cambios necesarios en todo el sector de la salud en Brasil, con el fin de mejorar las condiciones de vida de toda la población. Según Fleury (2009), este movimiento surgió del reconocimiento de la salud como un bien público, seguido de los siguientes principios:

Principio ético-normativo que inserta la salud como parte de los derechos humanos; Principio científico que comprende la determinación social del proceso de salud y enfermedad; Principio político que asume la salud como un derecho universal inherente a la ciudadanía en una sociedad democrática; Principio sanitario que entiende la protección de la salud de manera integral, desde la promoción, pasando por la acción curativa hasta la rehabilitación (pág. 748).

Las propuestas de reforma sanitaria, de acuerdo con estos principios, culminaron en la consolidación del SUS con su oficialización en la Constitución Federal de 1988 y regulada por las leyes nº 8.080/90 y nº 8.142/90 que constituyen su base jurídica, como menciona el autor a continuación:

La Creación del Sistema Único de Salud (SUS) se llevó a cabo a través de la Ley nº 8.080 de 19 de septiembre de 1990, que "establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes". La primera ley orgánica del SUS detalla: los objetivos y atribuciones; los principios y directrices; la organización, dirección y gestión, competencia y atribuciones de cada nivel (federal, estatal y municipal); participación complementaria del sistema privado; recursos humanos; Gestión financiera y planificación y presupuestación Inmediatamente después, la Ley nº 8.142, de 28 de diciembre de 1990,

prevé la participación de la comunidad en la gestión del SUS y en las transferencias intergubernamentales de recursos financieros. Instituye los Consejos de Salud y confiere legitimidad a los organismos de representación de los gobiernos estatales (CONASS – consejo nacional de secretarios estatales de salud) y municipales (CONASEMS – consejo nacional de secretarios municipales de salud). Finalmente, se creó el marco legal del Sistema Único de Salud, donde aún serían necesarias mejoras (Reis et al., 2012, p. 07).

Así, una vez establecida la creación del SUS, pasó a ser considerado un avance significativo para la población brasileña, constituyendo la realización del derecho universal a la salud y también compuesto por atribuciones indispensables al concepto de universalidad de este sistema, que fueron previstas a través de la Constitución Federal de 1988 que señala lo siguiente:

I - controlar y supervisar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participar en la producción de medicamentos, equipos, inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos; II – ejecutar acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como de salud de los trabajadores; III - ordenar la formación de recursos humanos en el área de la salud; IV - participar en la formulación de la política y la implementación de acciones de saneamiento básico; V - aumentar en su área de actividad el desarrollo científico y tecnológico; VI - supervisar e inspeccionar los alimentos, incluido el control de su contenido nutricional, así como las bebidas y aguas para consumo humano; VII - participar en el control y supervisión de la producción, transporte, custodia y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos; VIII - colaborar en la protección del medio ambiente, en él comprendido el entorno de trabajo (Brasil, 2003, p. 21).

Sin embargo, aunque constituida como una política pública ideal, rodeada de un conjunto de atributos y responsabilidades esenciales, que fue construida e institucionalizada a partir de un amplio debate en la sociedad brasileña, Mendes (2011), se refiere al SUS como un experimento social que ha estado funcionando y cuyos avances son incuestionables, pero que aún enfrenta enormes desafíos que deben superarse, entre los que cita la falta de financiación y la necesidad de una reforma profunda que acompañe las necesidades de salud de la población brasileña, a partir de un sistema integrado en las redes de atención de salud,

que se rompa con la fragmentación de los servicios y permita una atención integral para todos los ciudadanos.

En cuanto a sus avances, Paim (2018) cita algunos factores que han contribuido a su apoyo, entre ellos el apoyo de entidades comprometidas con la defensa del derecho universal a la salud; existencia de una red de instituciones educativas y de investigación, tales como universidades, institutos y escuelas de salud pública que interactúan con el estado, municipal, ministerio de salud, organismos y fundaciones, que permite la formación de recursos humanos con conocimientos y valores vinculados a los principios y directrices del SUS y el uso de la descentralización de atribuciones y recursos, que amplíen la oferta y el acceso a los servicios y acciones de salud.

También según este autor, el SUS cuenta con una ingeniería político- institucional creativa, para la elaboración de normas operativas básicas, pactos, programación integrada acordada, plan de desarrollo de la regionalización y plan maestro de inversiones que contribuyeron a su sostenibilidad y su materialidad expresada en establecimientos, equipos, equipamientos y tecnologías, además, cuenta con importantes avances en vigilancia de la salud, atención de salud, atención farmacéutica, trasplantes, servicio móvil de emergencia, control del tabaco, VIH/AIDS, calidad de la sangre para transfusiones, inmunización y expansión de la APS con un vínculo entre cerca del 60% de la población brasileña y los equipos de salud de la familia.

De este modo, se reconoce la importancia del SUS al ofrecer un servicio de salud gratuito a toda la población brasileña, en el que su protagonismo abarca la asistencia para todos los grados de complejidad y que involucra a todas las entidades federales (federal, estatal y municipal), por lo tanto, estando estructurada en principios y directrices que pueden estandarizar su organización, asistencia y objetivos, con el fin de permitir un servicio homogéneo en todo el territorio nacional.

Sobre este conjunto de principios y directrices, Teixeira (2011) corrobora al afirmar que el SUS es un proyecto que asume y consagra los siguientes principios: universalidad; equidad e integralidad de la atención de salud de la población brasileña, para que el acceso universal de la población a bienes y servicios que garanticen su salud y bienestar pueda ser garantizado de manera equitativa e integral. Donde, se agregan lineamientos políticos, organizativos y operativos, que indican cómo debe construirse este sistema, los cuales son: descentralización, regionalización, jerarquización y participación Social.

6.1.1 Principios y directrices

Teniendo en cuenta que el SUS junto con sus principios y directrices es el resultado de los derechos de salud conquistados a lo largo de los años por la población brasileña, se

entiende a partir de las concepciones de Mattos (2009), que estos se forjaron dentro de un proceso de lucha librado por el movimiento de Reforma de la Salud desde finales de los años setenta, que produjo un amplio consenso en torno a los principios básicos que deberían guiar la acción del Estado en materia de salud, comenzando con la afirmación inequívoca de que la salud debe considerarse como un derecho de todos y un deber del Estado, seguida de una comprensión muy amplia de la salud y sus determinantes sociales, así como una visión muy amplia de las responsabilidades del Estado para con la salud. Este movimiento también formuló los principios que deben guiar la construcción de un sistema de salud, siendo estos los elementos centrales que comúnmente llaman principios y directrices del SUS.

Por lo tanto, para identificar los conceptos relacionados con tales principios y directrices, sigue el enfoque de lo que dice la Constitución Federal en el art. 198 inicialmente sobre las directrices:

Las acciones y servicios de salud pública forman parte de una red regionalizada y jerárquica y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con los siguientes lineamientos: I - descentralización, con una sola dirección en cada esfera de gobierno; II - atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios de atención; III - participación comunitaria. (Brasil, 2003, p. 20).

Sobre los principios, Matta (2007), en su artículo que hablaba sobre la comprensión de los principios y directrices del SUS, a partir de lo que prevé la legislación sobre el tema, lo resumió identificando tres elementos que conforman la base cognitiva, ideativa y filosófica del sistema brasileño y que fue inscrito en la Constitución Federal de 1988, que fueron: Universalidad; Equidad e Integralidad. En el cual, se puede destacar brevemente, lo que cada uno de estos principios aporta de significado: Universalidad, que se presenta como un derecho a la salud, a la vida y a la igualdad de acceso sin distinción de raza, sexo, religión o cualquier otra forma de discriminación del ciudadano brasileño. Equidad, que se refiere al trato desigual, asumiendo necesidades colectivas e individuales, buscando invertir donde la iniquidad es mayor. E integralidad, en la que los usuarios del SUS tienen derecho a servicios que satisfagan cualquier tipo de necesidad de salud independientemente del grado de complejidad.

Desde esta perspectiva, se observa según Brasil (2011a), que el SUS ha estado pasando desde su establecimiento por la Ley Orgánica de Salud en 1990, debido a cambios importantes, principalmente debido al proceso de descentralización de responsabilidades, atribuciones y recursos para los estados y municipios. La nueva concepción del sistema de salud, reforzada por la Constitución de 1988, que pasa a ser descentralizada y administrada

democráticamente con la participación de la sociedad organizada, prevé cambios significativos en las relaciones de poder político y en la distribución de responsabilidades entre el Estado y la sociedad y entre las diferentes esferas de gobierno (nacional, estatal y municipal), donde los gerentes sectoriales deben cumplir su papel fundamental en el logro de los principios y directrices alcanzados por la reforma sanitaria brasileña.

Así, se observa que el SUS es una política de salud pública que está en constante cambio, ya que son muchos los desafíos que persisten a lo largo de su transcurso de más de 30 años. En su artículo sobre la trayectoria del Sistema Único de Salud durante este tiempo, Viacava et al., (2018), señala que hubo cambios importantes en la atención de salud de la población. Hubo una ampliación de la oferta de servicios y profesionales vinculados al SUS y las posibilidades de acceso, así como cambios en los patrones de uso, que se encuentran entre los principales elementos cambiantes. Por otro lado, también se refiere a desafíos históricos, entre los que se encuentran la relación público-privada en la prestación de servicios de salud, las marcadas desigualdades regionales y la falta de financiamiento. También destacando, sobre los desafíos más recientes, donde cita las transformaciones de las condiciones de salud de la población, con implicaciones en el uso de los servicios de salud, que refuerzan la importancia del SUS en la adaptación constante a las necesidades de la población, debido a los cambios que ocurren con el tiempo, con diversos grados de complejidad.

Desde esta perspectiva, se observa según Brasil (2011a), que el SUS ha estado pasando desde su establecimiento por la Ley Orgánica de Salud en 1990, debido a cambios importantes, principalmente debido al proceso de descentralización de responsabilidades, atribuciones y recursos para los estados y municipios. La nueva concepción del sistema de salud, reforzada por la Constitución de 1988, que pasa a ser descentralizada y administrada democráticamente con la participación de la sociedad organizada, prevé cambios significativos en las relaciones de poder político y en la distribución de responsabilidades entre el Estado y la sociedad y entre las diferentes esferas de gobierno (nacional, estatal y municipal), donde los gerentes sectoriales deben cumplir su papel fundamental en el logro de los principios y directrices alcanzados por la reforma sanitaria brasileña.

Así, se observa que el SUS es una política de salud pública que está en constante cambio, ya que son muchos los desafíos que persisten a lo largo de su transcurso de más de 30 años. En su artículo sobre la trayectoria del Sistema Único de Salud durante este tiempo, Viacava et al., (2018), señala que hubo cambios importantes en la atención de salud de la población. Hubo una ampliación de la oferta de servicios y profesionales vinculados al SUS y las posibilidades de acceso, así como cambios en los patrones de uso, que se encuentran entre los principales elementos cambiantes. Por otro lado, también se refiere a desafíos históricos, entre los que se encuentran la relación público-privada en la prestación de servicios

de salud, las marcadas desigualdades regionales y la falta de financiamiento. También destacando, sobre los desafíos más recientes, donde cita las transformaciones de las condiciones de salud de la población, con implicaciones en el uso de los servicios de salud, que refuerzan la importancia del SUS en la adaptación constante a las necesidades de la población, debido a los cambios que ocurren con el tiempo, con diversos grados de complejidad.

6.1.2 Niveles de atención a la salud en el SUS

Los sistemas de salud tienen como objetivo satisfacer las necesidades de salud de la población, por lo que necesitan ser estructurados para satisfacer adecuadamente estas demandas, como ocurre en Brasil, a través del sistema único de salud, el SUS. En cuanto a los sistemas de salud, Mendes (2011), hace una correlación con la situación de salud brasileña, que ha cambiado constantemente y también marcada por una transición demográfica acelerada y que se expresa por una situación de triple carga de enfermedades: una agenda insuperable de enfermedades infecciosas y de cuidado, una importante carga de causas externas y una fuerte presencia hegemónica de enfermedades crónicas. Que en este caso, requieren que estas situaciones de salud puedan ser respondidas adecuadamente, a través de un sistema de atención de salud que sea consistente con estas y otras condiciones, lo que requiere una red de atención estructurada bajo el enfoque de redes de atención de salud (RAS), lo que constituye una nueva forma de organizar el sistema de atención de salud, en un sistema integrado, que permite una respuesta con eficacia, eficiencia, seguridad, calidad y equidad, referida a las condiciones de salud de la población brasileña.

Para cumplir con estos criterios de éxito mencionados anteriormente, el SUS buscó organizar la atención de salud en la línea de las redes de atención a la salud (RAS), en las que busca apoyar un modelo de atención más resolutivo, como lo demuestran Oliveira et al. (2015), que desde la perspectiva de la RAS, estos se organizan a través de puntos de atención a la salud, que son lugares donde se ofrecen servicios de salud que determinan la estructuración de puntos de atención secundaria y terciaria, en los cuales la Atención Primaria de Salud es el centro de comunicación entre ellos, caracterizándose como el ordenamiento de la atención. Por lo tanto, con el fin de organizar los servicios de salud, de una manera que satisfaga a la población de manera más efectiva y para que la APS también pueda coordinar la atención a nivel local, a través de equipos de salud, para monitorear al usuario durante todo el flujo dentro del sistema de salud hasta que se logre la demanda, se creó la lógica de las organizaciones de redes de atención de salud, que están fragmentadas en los niveles primario, secundario y terciario.

Con respecto a los niveles de atención de salud, de manera didáctica, el SUS lo

organiza en 03 tres niveles diferentes: primario, secundario y terciario, que están relacionados con el grado de complejidad requerido para la atención de salud a los ciudadanos brasileños y que es impulsado por el enfoque de las RAS. Esta correlación entre los niveles de atención a la salud es presentada por Mendes (2010), quien afirma que las RAS tienen una misión y objetivos comunes, operando de manera cooperativa e interdependiente, en la que intercambian constantemente sus recursos, se establecen sin jerarquía entre los diferentes componentes, organizándose de manera poliárquica, en la que todos los puntos de atención, que son igualmente importantes y se relacionan horizontalmente, en un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario. Además, reclaman una atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, rehabilitadoras y paliativas, que trabajen bajo la coordinación de la APS y cuya atención sea oportuna con servicios seguros y eficaces, enfocados en el ciclo completo de atención a una condición de salud.

Sobre el papel de la APS en el escenario de las redes de atención a la salud, es fundamental asegurar la legitimidad de esta estrategia hacia la sociedad, con el fin de proporcionar resolución e integralidad de la atención, atendiendo las necesidades de salud de la población bajo su cuidado y que fortalezca y su validez al alcanzar y/o superar las expectativas de atención de las comunidades atendidas. También es importante destacar que este conjunto de servicios de APS debe insertarse, y ser el eje coordinador del flujo de pacientes, en una red de atención regionalizada que tenga todos los niveles de atención necesarios para garantizar la resolución e integralidad mencionadas, con responsabilidad territorial y establecimiento compartido de competencias (Harzheim, 2011).

6.2 Redes de atención a la salud (RAS) en Brasil

6.2.1 Concepto

Las redes de atención de salud en Brasil se llaman así con base en lo que ya se ha propuesto a través de la organización panamericana de la salud (OPS) / organización mundial de la salud (OMS), que son las llamadas "redes integradas de servicios de salud (RISS)". Montenegro & Suárez (2010) señalan que la función principal de esta iniciativa es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y que, a través de ella, resulte en la prestación de servicios de salud más accesibles, justos, eficientes y de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

En Brasil, el concepto de redes de atención de salud fue previsto en la Ordenanza nº 4.279 del 30 de diciembre de 2010, que estableció sus directrices en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). "La red de atención a la salud se define como arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados a

través de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan asegurar la integralidad del cuidado". (Brasil, 2010, p. 04).

Desde esta perspectiva, se inició el proceso de implementación de la Red de Atención de Salud en el contexto del sistema de salud brasileño, cuyo objetivo según Silva (2014) se centra en la horizontalidad de las relaciones entre los puntos de atención, de modo que haya atención continua e integral; el consecuente fortalecimiento de la atención primaria como centro de comunicación y el seguimiento del usuario durante su trayectoria en los servicios de salud; el cuidado multiprofesional y la búsqueda de resultados de salud que tengan sentido en la vida de las personas. Desde esta perspectiva, las RAS son responsables de los resultados sanitarios y económicos relacionados con la salud de la población del territorio y deben estructurarse de acuerdo con algunos principios fundamentales de organización de los servicios de salud y en una relación dialéctica entre ellos.

Sin embargo, hasta la llegada de la implementación de las redes de atención de salud en Brasil, fueron necesarios otros pasos, como se describe en Brasil (2015), que se refiere a cuatro momentos específicos: la concepción teórico-conceptual; difusión de la propuesta; institucionalización y finalmente la implementación de redes de atención a la salud. Estas medidas fueron cruciales, ya que trataron de inspirarse en experiencias internacionales más maduras; difundir la propuesta creando un entorno favorable para comprender el concepto de las RAS; la búsqueda de la institucionalización de las RAS como una forma de organizar los servicios de salud en el SUS, a través de discusiones del consejo nacional de secretarios de salud (CONASS) con el ministerio de salud y el consejo nacional de secretarías municipales de salud (CONASEMS) para llegar a un consenso sobre la propuesta de las RAS. Y finalmente, su implantación, en la que también requiere posteriormente otra fase: la de monitorización.

Entre los objetivos a alcanzar en el proceso de implementación de las RAS, Brasil (2015) considera importante que se observen los siguientes aspectos: definición clara de población y territorio; diagnóstico situacional; creación de una imagen objetiva para superar los vacíos asistenciales; articulación de lo público- privado; planificación para la necesidad efectiva; creación de un sistema logístico y de apoyo; inversión en personas/equipos; creación de un sistema regulatorio y de gobernanza para la operación de la red; y una financiación sostenible y suficiente vinculada a los objetivos y los resultados.

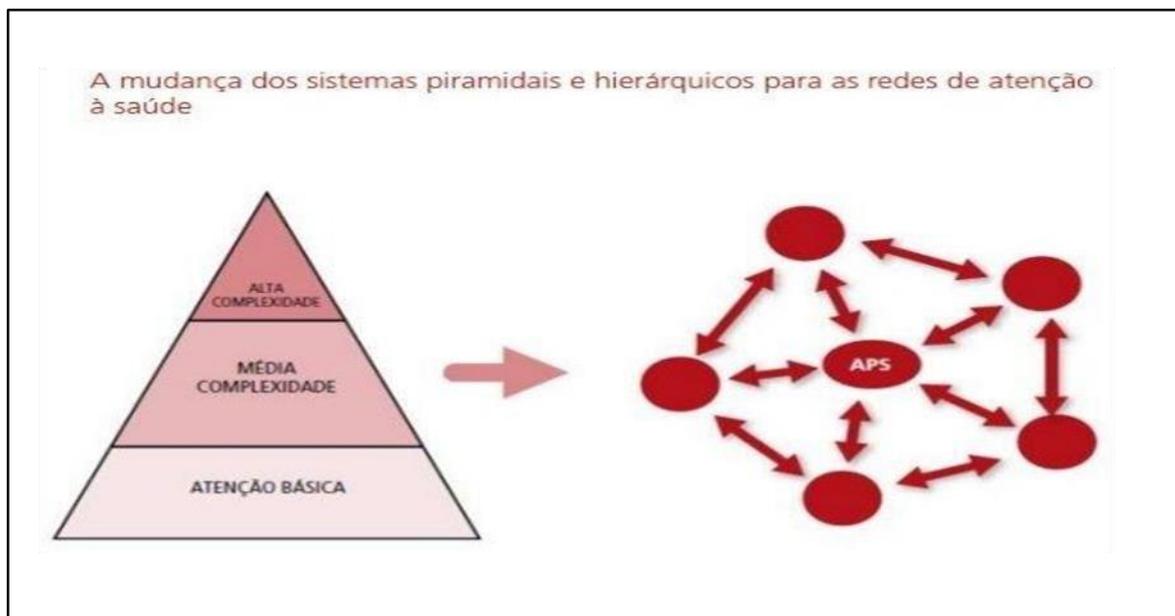
Es importante destacar que la implementación de las redes de atención de salud (RAS) busca reemplazar un sistema de atención de salud fragmentado por uno que no prioriza los niveles de atención de salud, sino que los considera igualmente importantes, de acuerdo con sus densidades tecnológicas requeridas. Tal colocación se puede observar en Brasil (2011b), en el que no es cierto que la APS sea menos compleja que la llamada atención de complejidad media y alta, porque, en la APS, más del 85% de los problemas de salud deben ser atendidos,

lo que sitúa la clínica más expandida y donde se ofrecen preferentemente tecnologías de alta complejidad, como los relacionados con cambios en comportamientos y estilos de vida en relación con la salud. Los niveles de atención secundaria y terciaria son tecnologías de mayor densidad tecnológica, pero no de mayor complejidad. Esta visión distorsionada de la complejidad conduce, consciente o inconscientemente, a políticos, gestores, profesionales de la salud y a la población a una sobrevaloración, ya sea material o simbólica, de las prácticas que se realizan en los niveles secundario y terciario de la atención a la salud y, en consecuencia, a la banalización de la APS.

Sobre la ordenanza de 2010 (nº 4.279, del 30 de diciembre de 2010), que disciplinaba las RAS en el contexto brasileño, es importante destacar que fue derogada por la ordenanza de consolidación nº 3, de 2017, según lo declarado por de Freitas & de Araújo (2018), a través de un movimiento en el que el Ministerio de Salud consolidó miles de otras ordenanzas que trataban de la estructura del SUS en seis ordenanzas de consolidación. Sin embargo, esta nueva ordenanza básicamente repitió el texto de 2010 en su anexo, unificando y organizando la estandarización sobre las redes en un solo documento legal. La Figura 1 muestra el cambio en el sistema de salud, en el que enfatiza el papel de la APS como centro ordenante de las RAS.

Figura 1

El cambio de los sistemas piramidais les y jerárquicos a las redes de atención de la salud.



Nota. El cambio en los sistemas piramidais y jerárquicos debido al grado de complejidad, que fue reemplazado por el modelado de las redes de atención a la salud, que consideran un nuevo arreglo para la asistencia a la APS como el centro de la red. En Redes de Atenção à

Saúde (p.84), de Mendes, 2011, copyright 2011, por el Ministerio de Salud.

6.2.2 Elementos constitutivos de las Redes de Atención a la Salud (RAS) en Brasil

Dada la propuesta de que un sistema de salud puede ser más receptivo si se estructura en redes, Viana et al., (2018) señalan que en Brasil, se definió que la organización de la atención dentro de los sistemas de salud sería operada por redes, con el objetivo de la construcción de sistemas integrados de salud, conocidos en diferentes países y por diferentes organizaciones internacionales como redes integradas de servicios, redes regionalizadas, servicios integrados, atención integrada, entre otros.

Con respecto a la organización de las RAS, esta ocurre de acuerdo con la presencia de 03 elementos fundamentales, que son: una población, una estructura operativa y un modelo de atención a la salud (Oliveira et al., 2015). La población es el elemento esencial de las RAS, en el que se destinan todas las acciones y servicios de salud, para que se alcancen sus necesidades, correspondiendo a la APS, la responsabilidad de articularse con la población, con el fin de establecer un vínculo entre los equipos de salud y esa población, introduciendo la participación de los sujetos en el proceso de conocimiento y autoconocimiento (da Costa et al., 2015).

La población es considerada el punto de partida para la organización de la red de atención a la salud, que necesita analizar sus características, como las condiciones de vida, el medio ambiente, el acceso a los servicios de salud y la definición del territorio a vincular a una Región de Salud. Además, este análisis permite la recopilación de datos importantes que señalarán las situaciones problemáticas, las necesidades y la situación de salud de la población en una región determinada (Pupo et al., 2014).

El segundo elemento constituyente presentado se llama estructura operativa. Según Gonzaga & Ferreira (2017) consta de cinco componentes: el centro de comunicación, atención primaria de salud; puntos de atención secundarios y terciarios; sistemas de apoyo; los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza de la red de atención a la salud. Estos componentes están interconectados para ofrecer una atención integral a los usuarios del sistema de salud, a través de la comunicación desde la APS, con otros puntos de atención (secundaria y terciaria), cada uno con su densidad tecnológica.

En cuanto a su tercer elemento, el modelo de atención a la salud, Mendes (2011), lo caracteriza como un sistema lógico responsable de organizar el funcionamiento de las RAS, articulando de manera única las relaciones entre la población y sus subpoblaciones, estratificadas por riesgos, cuyo enfoque de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones de salud, se basan en la visión predominante de la salud, las situaciones demográficas y epidemiológicas y los determinantes sociales de la

salud, vigentes en un momento dado y en una sociedad determinada.

Por lo tanto, el modelo de atención de salud adoptado por un lugar determinado debe adaptar las acciones y servicios de salud para satisfacer todas las necesidades de su población. Como mencionó Brasil (2021b), es necesario ayudar a la formación e implementación de las RAS que incluya condiciones de salud agudas y crónicas, de acuerdo con sus singularidades. En los modelos de atención a condiciones agudas, deben atenderlas, así como en los eventos de enfermedades crónicas agudizadas, cuyo objetivo es identificar, en el menor tiempo posible, la gravedad de las personas en situaciones de urgencia o emergencia y definir el punto de atención adecuado a la situación, siendo el modelo adoptado hegemónicamente por los gestores del SUS. Por otro lado, el modelo de atención a las condiciones crónicas se basa en una solución compleja y sistémica utilizada para las condiciones crónicas de salud, que consta de seis elementos, que, interrelacionándose, permiten a los usuarios estar informados y activos, así como permiten a los equipos de salud producir mejores resultados funcionales y sanitarios para la población.

Además, según este autor, entre estos elementos citados se encuentran los cambios relacionados con: 1. a la organización de la atención a la salud, 2. al diseño del sistema de prestación de servicios, 3. al apoyo a las decisiones técnicas, 4. al sistema de información clínica, 5. al apoyo al autocuidado, y 6. a la articulación de los servicios de salud con los recursos comunitarios.

Las RAS también deben basarse en atributos esenciales para su correcto funcionamiento. Mendes (2019) discute estos atributos tales como: población y territorio definidos para determinar la oferta de servicios; una amplia gama de establecimientos de salud que brindan servicios en todos los niveles de necesidades de salud, de naturaleza individual y colectiva; atención primaria de salud estructurada como primer nivel de atención y puerta de entrada preferencial al sistema; prestación de servicios especializados en un lugar apropiado; existencia de mecanismos de coordinación, continuidad asistencial e integración de la atención a lo largo de la atención continua; atención de salud centrada en el individuo, en la familia y en la comunidad; sistema de gobernanza único para toda la red con el propósito de crear una misión, visión y estrategias en las organizaciones que conforman la región de salud; definir objetivos y metas, articular políticas institucionales y desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los gerentes y organizaciones.

El mismo autor pasa a referirse como otros atributos importantes, la amplia participación social; gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e incentivados para lograr los objetivos de la red; sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con identificación de datos por género, edad, lugar de residencia, origen

étnico y otras variables pertinentes; financiación tripartita, garantizada y suficiente, alineada con los objetivos de la red; Acción intersectorial y enfoque de los determinantes de la salud y de la equidad en salud y, por último, la gestión basada en resultados.

Partiendo del entendimiento de que las RAS buscan organizar la atención de salud para ofrecer una atención integral a sus usuarios, en 2011 se estableció un acuerdo tripartito, que estableció redes de atención prioritaria por enfrentar problemas de salud, enfermedades y vulnerabilidades que son más comunes en la población y requieren intervenciones más específicas. Esta colocación es corroborada por Brasil (2014), que establece que las áreas prioritarias fueron decididas a través de discusiones entre el grupo técnico de atención (GTA) y acordadas en la comisión tripartita intergestora (CIT), entre los años 2011 y 2012, en las que colocaron las siguientes: red de cigüeña; red de atención de urgencia y emergencia (RUE); red de atención psicosocial (RAPS); red de atención a la discapacidad y red de atención médica para personas con enfermedades crónicas.

El Decreto nº 7.508 del 28 de junio de 2011, establece que la asistencia al usuario del SUS comienza a través de la puerta de entrada al sistema, percibiéndose como los servicios iniciales que se ofrecen a los usuarios y se completa en la red regionalizada y jerárquica, de acuerdo con el grado de complejidad del servicio. Las puertas de entrada consideradas son atención primaria, atención de urgencia y emergencia, atención psicosocial y acceso especial abierto (Brasil, 2011c).

La estructuración en RAS para el sistema de salud brasileño se ha demostrado como una estrategia importante para la integración de los servicios de salud, en el que proporciona una condición indispensable para la calificación y continuidad del cuidado. Hay un entendimiento de que las RAS son primordiales para superar las brechas asistenciales, en la racionalización y optimización de los recursos disponibles. Sin embargo, persisten desafíos para la consolidación de la propuesta, que residen especialmente en el papel central de los servicios de APS y, sobre todo, en el modelo de financiamiento (Damaceno et al., 2020).

6.3 Atención primaria de salud (APS)

La APS, al ser entendida como la base de los sistemas de salud que se organizan en moldes de redes integradas, requirió el traspaso de numerosos eventos históricos, especialmente de carácter social, que reivindicaban la salud como un derecho a ser ofrecido a todos. Su primer concepto surgió en 1920, como lo describen Fausto & Matta (2007), que refieren que la idea inicial de la APS se utilizó como una forma de organizar los sistemas de salud a partir del informe de Dawson, un documento del gobierno inglés que buscaba contrarrestar el modelo flexneriano estadounidense de naturaleza curativa, fundado en el reduccionismo biológico y en la atención individual y ser una referencia para organizar el

modelo de atención inglés, que estaba preocupando por su baja resolución, su alto costo y su creciente complejidad de la atención médica. Esta nueva concepción, generada a partir de este documento, generó influencia en la organización de los sistemas de salud en todo el mundo, definiendo las dos características principales de la APS: regionalización e integralidad.

Estos autores también afirman que poco después, varios países experimentaron este nuevo modelo de organización, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a preparar la 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (Kazajstán) en 1978, en la que propuso la expansión de la cobertura de los sistemas nacionales de salud, donde a partir de entonces, comenzaron las primeras reflexiones para la definición de Atención Primaria de Salud.

6.3.1 Concepto

La Atención Primaria de Salud (APS) para la coyuntura brasileña y a partir de diversas percepciones de estudiosos en el área, que también requieren tener en cuenta contextos políticos, sociales y culturales, sobre su definición, puede ser permeada por varios tipos de interpretaciones, por lo que las definiciones serán presentadas según algunos autores y que son consideradas en Brasil.

El primer concepto presentado partió de la propia Organización Mundial de la Salud en asociación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1979, que definió la APS como:

"cuidados esenciales basados en métodos de trabajo y tecnologías de carácter práctico, científicamente creíble y socialmente aceptable, universalmente accesible en la comunidad a las personas y las familias, con su plena participación y a un costo soportable para las comunidades y los países, a medida que se desarrollan en un espíritu de autonomía y autodeterminación". De esta definición surgieron, en ese momento, elementos esenciales de la APS: la educación en salud; el saneamiento básico; el programa materno-infantil, que incluye inmunización y planificación familiar; la prevención de endemias; el tratamiento adecuado de las enfermedades y daños más comunes; la provisión de medicamentos esenciales; la promoción de una alimentación saludable y micronutrientes; y la valorización de prácticas complementarias. Y, principalmente, señala la salud como una expresión del derecho humano (Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 1979 citado en Brasil, 2015, p.26).

Ya, según la Política Nacional de Atención Básica (2017), en su artículo 2, presenta la APS como:

Art. 2º La Atención Primaria es el conjunto de acciones de salud individuales, familiares y colectivas que involucran promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos y vigilancia de la salud, desarrolladas a través de prácticas de atención integrada y gestión calificada, realizadas con un equipo multidisciplinario y dirigidas a la población en territorio definido, sobre las cuales los equipos asumen responsabilidad sanitaria (Art.2º Política Nacional de Atención Básica, para 17).

Barbara Starfield, una profunda estudiosa de la APS también presenta definiciones importantes sobre este nivel de atención, señalándolo como el nivel de un sistema de servicios de salud que se comporta como la entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, que brinda atención a la persona, no centrada en las enfermedades, a lo largo del tiempo, para condiciones consideradas más comunes y coordina o integra la atención prestada en otros lugares o por terceros. Interpretándose como un conjunto de funciones que, combinadas, son exclusivas de Atención Primaria. Por lo tanto, es el nivel de atención a la salud que aborda los problemas más comunes de la comunidad, ofreciendo servicios de prevención, cura y rehabilitación para maximizar la salud y el bienestar. También es responsable de integrar la atención cuando hay más de un problema de salud y se ocupa del contexto en el que se inserta la enfermedad e influye en las respuestas de las personas a sus problemas de salud. Y, además, organiza y racionaliza el uso de todos los recursos básicos y especializados destinados a promover, mantener y mejorar la salud (Starfield, 2002).

Así, aunque la APS está envuelta por diferentes interpretaciones, Mendes (2012) justifica que estas variaciones se explican por la misma historia de cómo se usó y evolucionó este concepto y por la ambigüedad de algunas de sus definiciones formales establecidas en foros internacionales, por el empleo diferenciado que hacen del término algunas escuelas de pensamiento sanitario y por el intento de instituir una concepción positiva del proceso salud/enfermedad en un momento que era clara la hegemonía de una concepción contraria.

También se puede decir que la APS se puede visualizar a partir de tres visiones principales, como lo describe Mendes (2002): la primera, la APS como atención primaria selectiva, la segunda, la APS como el nivel primario del sistema de atención de salud y la tercera, la APS como estrategia para organizar el sistema de atención de salud. Estas tres

decodificaciones de la atención primaria se encuentran en varios países e incluso coexisten dentro del mismo país al mismo tiempo.

Sin embargo, para Giovanella (2008), la APS, según las proposiciones de Alma-Ata, es percibida como un papel central del sistema nacional de salud, en el que integra un proceso permanente de atención a la salud, que incluye prevención, promoción, cura, rehabilitación, y también, como parte del proceso más general de desarrollo social y económico, involucrando la cooperación con otros sectores para promover el desarrollo social y enfrentamiento de los determinantes de la salud. Donde, esta interpretación del carácter ampliado de la APS corresponde a una concepción del modelo de atención y reorientación y organización de un sistema integrado de salud centrado en la APS, que puede garantizar la atención integral a los ciudadanos.

En Brasil, la APS comenzó a configurarse como la base para la reestructuración del Sistema Único de Salud, a través de la implementación de las Redes de Atención de Salud (RAS), que se configuraron como una estrategia para esta reestructuración, con el fin de permitir al usuario del sistema de salud proporcionar una atención integral (Brasil, 2010). Sin embargo, es incuestionable que esta remodelación del sistema de salud se considera compleja y requiere superar obstáculos de diversa naturaleza.

A estos obstáculos, Pereira et al., (2012), afirman que, aunque la APS ha ocupado un lugar central en la agenda del gobierno federal brasileño, en un enfoque más amplio, todavía, hay numerosos desafíos por enfrentar. En el cual, destacamos la formación de redes regionalizadas y la superación del modelo fragmentado de atención de salud, en el que la participación del sector privado sigue siendo bastante significativa. Además, el aumento de la resolución de la APS es también una cuestión importante para la consolidación de este nivel de atención como puerta de entrada preferida al sistema y al servicio de demanda regular, como lo propugna la política nacional. Enfrentar estos desafíos es esencial para la realización de la APS en el país como estrategia estructurante del SUS, especialmente en lo que respecta a la realización de su papel como coordinadora de la atención y ordenadora de la Red de Atención de Salud.

6.3.2 Funciones de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Redes de Atención de Salud (RAS)

Al considerar el escenario de las RAS y su estructura operativa, la APS tiene funciones que deben realizarse para su pleno funcionamiento. De acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) establecida en 2011 y revisada en 2017, la APS es considerada el primer punto de atención y puerta de entrada preferida del SUS, cuya responsabilidad es ordenar los flujos y contraflujos de personas, productos e información en todos los demás

puntos de atención de salud. Donde, además, refuerza, que, para actuar como ordenadora de las RAS, la APS debe ser altamente resolutoria, reconociendo las necesidades de salud de la población, con capacidad clínica y atención efectiva, a través de la incorporación de varios tipos de tecnologías (ligera, ligeras-duras y duras) (PNAB, 2017a).

Lavras (2011) afirma que existe casi unanimidad entre estudiosos e instituciones sobre la importancia de la APS como organizadora de las RAS y coordinadora del cuidado, en la que, solo a partir del fortalecimiento de la APS, habrá éxito en el reordenamiento de los sistemas de salud en la perspectiva de estructurar las RAS. La autora hace un resumen sobre cuáles son las funciones que deben desempeñar la APS, que comienza con la responsabilidad por el cuidado de la salud de los usuarios y como puerta de entrada al sistema, en el que debe haber una oferta de acciones de salud individuales y colectivas, con la organización del proceso de trabajo de equipos multidisciplinarios en la perspectiva de un enfoque integral del proceso de salud y enfermedad, garantizar el acceso a otros puntos del sistema, de acuerdo con la necesidad del usuario y responsabilizarse de ello, incluso si este servicio se está llevando a cabo en otra unidad del sistema, y ordenar así, el funcionamiento de la red.

Con respecto al papel de coordinadora de la atención, Brasil (2015) apunta a un refuerzo de esta función y la connota como la capacidad de garantizar la continuidad de la atención, a través de los equipos de salud, reconociendo los problemas que requieren un seguimiento constante, y de esa manera, también desempeñando la función de centro de comunicación de las RAS. Por lo tanto, todos estos roles son fundamentales para que el molde de un sistema de salud basado en redes sea realmente responsivo, dadas las necesidades de salud de la población a la que son responsables.

6.3.3 Funcionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS)

Inicialmente, la APS tiene su funcionamiento basado en principios básicos, seguidos de procesos de trabajo específicos de acuerdo con los criterios de actuación presentes en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS). Como se verificó en Brasil (2009), el desempeño de la APS ocurre a través del ejercicio de prácticas gerenciales y sanitarias, democráticas y participativas en forma de trabajo en equipo, que se dirigen a la población de territorios delimitados, de los cuales son responsables. Utiliza tecnologías de alta complejidad y baja densidad, en las que deben resolver los problemas de mayor frecuencia y relevancia de la población de la que son responsables. Se guía por los principios para su funcionamiento, que son universalidad, accesibilidad, continuidad del cuidado, integralidad, responsabilidad, humanización, vínculo, equidad y participación social. Por lo tanto, por estar cerca de las personas, la APS debe considerar a los sujetos en su singularidad, complejidad e integralidad, teniendo en cuenta su contexto sociocultural, con el fin de buscar la promoción de su salud,

la prevención y el tratamiento de enfermedades, y así contribuir a una vida más saludable.

También se verifica que la APS se basa en atributos indispensables para su funcionamiento, Starfield (2002), enumera y define estos atributos en cuatro (04) esenciales, orientados a acciones y servicios, que son: (1) acceso del primer contacto del individuo con el sistema de salud; (2) longitudinalidad; (3) integralidad; y (4) coordinación de la atención y otros 03 (tres) atributos, caracterizados como derivados, que calificarían las acciones de los servicios de APS, que son: (1) orientación familiar (atención de salud personal y familiar); (2) orientación comunitaria; (3) competencia cultural. Donde, desde el punto de vista de esta autora, un servicio sólo puede ser considerado un proveedor de atención primaria si cumple con estos atributos mencionados.

Pinto & Giovanella (2018) señalan que desde la publicación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), instituida inicialmente en 2006, el Ministerio de Salud creó un marco histórico para implementar la expansión de la Estrategia Salud de la Familia, con el objetivo de la reorganización de la APS, reforzando la responsabilidad de los municipios por la atención de salud de sus habitantes. Así, la APS comenzó a expresar un alto grado de capilaridad, porque está más cerca de las personas en el cuidado de la salud.

Por lo tanto, para que esta proximidad sea posible, la ESF tiene como base para su desempeño en los territorios, las unidades de salud de la familia (USF), que son responsables por la acogida y desempeño de la atención por parte de los profesionales de la salud y que deben configurarse en un lugar compatible tanto con las iniciativas del equipo de Salud de la Familia en su trabajo en la comunidad, así como el imperativo de aceptar demandas espontáneas, dando respuestas a las necesidades de salud de la población en su área de cobertura y asegurando la continuidad de la atención en la comunidad y en los hogares cuando sea necesario. Los espacios sugeridos para la instalación de estas unidades deben ser apropiados a la realidad local, a la cantidad de población registrada y sus especificidades (Brasil, 2008).

Según la PNAB (2017), las USF deben operar con una carga de trabajo de 40h/semana, cinco (05) días a la semana, en los 12 meses del año. Se pueden establecer horarios de servicio alternativos, siempre que sea necesario según las características del territorio. Además, esta política prevé el seguimiento de la población inscrita en el equipo de atención primaria y Salud de la Familia entre 2.000 y 3.500 personas, ubicadas dentro del territorio. Siendo deseable la presencia de 04 equipos por USF para que puedan alcanzar su potencial resolutivo, y además, contar con un alcance de acciones y servicios con estándares esenciales o ampliados, que se definen como: Estándares esenciales, que son las acciones y procedimientos básicos relacionados con las condiciones básicas o esenciales de acceso y calidad en la APS; y estándares ampliados, que son las acciones y procedimientos considerados estratégicos para alcanzar altos estándares de acceso y calidad en la APS,

considerando las especificidades, indicadores y parámetros locales establecidos en las Regiones de Salud (Brasil, 2017a).

Desde la perspectiva de la APS a través de la estrategia salud de la familia (ESF), es importante destacar el papel de los equipos multidisciplinarios que realizan la atención de salud a una población determinada bajo su responsabilidad. Matta & Morosini (2009) relatan que la salud de la familia profundiza los procesos de territorialización y responsabilidad sanitaria de los equipos de salud, que tienen una composición básica, representada por médico general, enfermera, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, cuyo trabajo es una referencia de atención para la población inscrita y acompañada, con un número definido de hogares y familias asistidas por equipo. También cabe destacar que la APS también cuenta con la importante participación de otros profesionales de nivel básico o medio en salud, quienes son responsables de las acciones de educación y vigilancia en salud.

Otra cuestión esencial con respecto al funcionamiento de la APS se destaca en las colocaciones de Lavras (2011), que señala un enfoque sobre las acciones y actividades desarrolladas en la APS siendo responsabilidad de los Municipios, y que, por lo tanto, debe considerar las características y la diversidad de la población de cada sitio y organizar, independientemente del modelo elegido, respetando las directrices de territorialización con registro de la clientela; organización del trabajo basada en el perfil epidemiológico de la población acompañada; recepción del usuario con garantía de satisfacer la demanda espontánea; análisis de riesgos en los procesos asistenciales; y el uso de diversos dispositivos de gestión de la atención de salud, con el objetivo de garantizar la integración de las prácticas y la continuidad de la atención.

En este sentido, la APS continúa con sus funcionalidades destinadas a satisfacer las necesidades de la población brasileña de manera más eficiente y resolutive. Este objetivo es confirmado por Macinko & Mendonça (2018), que aseguran ser la Estrategia Salud de la Familia (ESF), un medio importante y poderoso para la organización de la APS en Brasil, además de cumplir con los requisitos de un buen sistema de APS y donde hay mucha evidencia sobre su efectividad. Por lo tanto, es urgente que la ESF (y el SUS) no sufran recortes que interrumpan los resultados encontrados hasta ahora y que sea defendido como un logro y un valor ético por toda la sociedad brasileña.

6.4 La estrategia salud de la familia (ESF) en Brasil

La estrategia salud de la familia (ESF) es considerada el principal modelo de oferta de APS en Brasil. Este hecho se observa a través de Camargo & Castanheira (2020) "la ESF es una de las principales formas de ofrecer APS en el país, habiendo promovido una mayor aproximación entre los servicios y la población al vincular a individuos y comunidades de un

territorio determinado a un equipo de referencia" (p. 02).

Antes de ser reconocida como se llama actualmente, la estrategia salud de la familia pasó por algunos hechos precursores, como lo informó da Silva (2019), el Brasil inicialmente tuvo el programa de salud de la familia (PSF) como una estrategia guía de la APS y como una lógica para la base de la práctica del sistema único de salud (SUS). Este programa se implementó en 1994 en el sistema de salud brasileño, con el apoyo del ministerio de salud en asociación con las secretarías estatales de salud, que buscaban la reorganización de la atención primaria en el país, con miras a reorientar los procesos de trabajo en este nivel de atención que se basaban en sus propios principios y directrices. En 1996, el PSF pasó a entenderse como una estrategia de cambio del modelo asistencial, superando el concepto de programa, que estaba vinculado a una noción de verticalidad y transitoriedad, siendo reemplazado el término programa de salud de la familia, por estrategia de salud de la familia, en el que los equipos que formaban parte de esta estrategia se expandieron a los principales centros en 2008, teniendo la ampliación de la capacidad de resolución de problemas de acciones y servicios con la creación y apoyo de los núcleos de apoyo a la salud de la familia (NASF), también compuestos por profesionales de diferentes áreas y especialidades.

Para Garuzi et al. (2014) la estrategia salud de la familia es importante para la reorganización del SUS, ya que actúa articulando los otros niveles de complejidad de la atención con la APS, asegurando el logro de acciones integrales y continuidad de la atención, actuando sobre la base del trabajo en equipo, con priorización de las familias en su territorio, ofreciendo acciones de acogida, vinculación, prevención y promoción de la salud, sin descuidar otras formas de atención, como el tratamiento y la rehabilitación. Su asistencia se basa en el equipo multidisciplinario, proporcionando asistencia interdisciplinaria que culmina en la prestación de atención integral, haciendo estas prácticas muy significativas para la interacción entre profesionales y usuarios.

En cuanto a la composición profesional actual de los equipos de salud de la APS, con la publicación de la revisión de la política nacional de atención básica en 2017, se reconoció la nueva disposición de los equipos, que comenzaron a considerar los siguientes tipos de equipos: equipo de salud de la familia; equipo de atención básica; equipo de salud oral; núcleo ampliado de salud de la familia y atención básica y estrategia de agentes comunitarios de salud (Política Nacional de Atención Básica [PNAB], 2017).

Sin embargo, la presente tesis se refiere únicamente a los equipos de salud de la familia (eSF), que deben estar compuestos mínimamente por los siguientes profesionales, según lo previsto en la política mencionada: médico, preferentemente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, enfermera, preferentemente especialista en salud de la familia; auxiliar y/o técnico de enfermería y agente comunitario de salud (ACS). También puede formar parte del equipo el agente de lucha contra las enfermedades endémicas (ACE)

y los profesionales de la salud bucal: cirujano-bucal, preferentemente especialista en salud de la familia, y auxiliar o técnico en salud bucal. En cuanto al número de ACS por equipo, deben definirse de acuerdo con la base poblacional, criterios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, de acuerdo con la definición local. También cabe mencionar que, en zonas de gran dispersión territorial, zonas de riesgo o vulnerabilidad social, se recomienda cubrir el 100% de la población, con un número máximo de 750 personas por ACS. También hay previsión de equipos de la estrategia salud de la familia para poblaciones específicas, que son los equipos de salud de la familia ribeirinha; equipos de salud de la familia fluviales; equipos de consultoría en la calle y equipos de atención básica penitenciaria (Brasil, 2017).

La estrategia salud de la familia se ha mantenido en expansión en el territorio brasileño y sigue siendo actualmente el principal modelo adoptado por la APS. En un estudio realizado por Giovanella et al. (2021), sobre la cobertura de la ESF en Brasil en el período 2013 y 2019, se demostró que en 2019, 60,0% de los hogares estaban registrados en Unidades de Salud de la Familia (USF) y la cobertura de la población fue de 62,6%, conteniendo algunas particularidades, como mayor cobertura en el área rural y en las regiones nordeste y sur de Brasil, cobertura más alta entre la población más vulnerable, en lo que respecta a la educación del responsable del hogar o de los ingresos familiares. Así, ya que hubo un aumento en la cobertura de 11,6% entre 2013 y 2019, estos resultados permitieron corroborar que la ESF se mantuvo como una política de equidad y el principal modelo de APS en el SUS.

En cuanto a los avances y desafíos observados en la literatura después de la implementación de la ESF en Brasil, hay numerosas colocaciones. Los avances fueron mencionados en los estudios de Arantes & Mérchán-Hamann (2016); Giovanella et al. (2021) y Brito et al. (2018), que mencionan respectivamente las contribuciones político-institucionales de la ESF en la expansión de la atención primaria, la institución de evaluación y promoción de la equidad, la expansión de la prestación de servicios, el contacto para acciones programáticas y favoreciendo la integralidad de la atención en el aspecto organizacional. En la visión técnico- asistencial, se observaron beneficios en cuanto al trabajo multidisciplinario, enfoque familiar, acogida, vinculación, humanización, orientación comunitaria, producción de cuidados y desempeño del equipo. También se mencionan los beneficios en cuanto a la capacidad de mejorar las condiciones de salud de la población inscrita a través de acciones de prevención y promoción de la salud, educación sanitaria y tratamiento de enfermedades instaladas.

Los estudios compilados por Mendes (2021), sobre la evaluación de la ESF basado en la evidencia producido por la investigación científica, fueron categóricos al afirmar que la expansión de la ESF en Brasil ha sido responsable de una serie de resultados virtuosos, como mejorar la calidad de la información en salud, reducir la mortalidad infantil, reducir la mortalidad de niños hasta 05 años, atenuación de la mortalidad en la población adulta,

disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, reducción de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, mejora del manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, mejora del manejo de las personas mayores y acciones positivas en conjunto con el programa bolsa familia.

Aunque las evidencias citadas han demostrado avances significativos y beneficios relacionados con el papel de la ESF, las situaciones desafiantes permanecen o surgen con el tiempo para consagrar esta estrategia como plenamente efectiva. Con respecto a los principales desafíos, se pueden señalar varios matices. En un estudio de revisión realizado por Tesser et al. (2018) que buscó verificar la situación de acceso a la APS en Brasil, identificó que hubo un aumento a la APS debido a la expansión de la ESF, pero que aún se caracteriza como insuficiente. Las principales barreras enumeradas para esto se debieron al subdimensionamiento y subfinanciamiento de la APS, exceso de usuarios vinculados a los equipos de ESF, menor número de médicos de familia y comunidad, con poca internalización/fijación, burocratización y problemas funcionales de los servicios, como rigidez en la programación y priorización de grupos específicos, como hipertensos y cuidado de niños, por ejemplo.

También se observaron problemas en relación con el trabajo de los equipos. Bezerra & Alves (2019) en un estudio sobre la importancia del trabajo del equipo multidisciplinario de la ESF, identificaron la falta de planificación de acciones colectivas, deficiencias en infraestructura y apoyo a la gestión, así como debilidades de diferentes órdenes y compartir, falta o insuficiencia de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones diarias de los equipos, fueron barreras para el buen funcionamiento de la APS.

Harzheim et al. (2020) en su artículo sobre las bases para la reforma de la APS en Brasil en 2019, a partir de la reflexión sobre los más de 25 años de implementación de la Salud de la Familia, reveló la presencia de los siguientes desafíos: falta de priorización política real de la APS, insuficiencia de financiamiento de la APS para la estructura de servicios, presencia de obstáculos para el acceso al primer contacto, la escasez de profesionales calificados, la necesidad de una mayor y mejor informatización de la APS y la falta de integración de los datos clínicos, la fragilidad clínica y la necesidad de ampliar el alcance profesional, junto con la falta de información de calidad para la toma de decisiones clínicas y gerenciales, fueron señalados como problemas a superar para la calificación de la APS.

6.4.1 El proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia en Brasil

El proceso de trabajo en la APS está representado principalmente por el desempeño de los equipos de la estrategia salud de la familia, en los cuales todos los servicios y actividades de este nivel de atención, deben seguir la lógica de trabajo prevista en la política

de salud que lo rige, así como basarse en los atributos esenciales y derivados mencionados anteriormente.

La PNAB (2017) establece que el proceso de trabajo realizado en la APS debe caracterizarse por los siguientes aspectos: definición de territorio y territorialización; responsabilidad sanitaria; puerta de entrada preferencial; registro de usuarios; acceso; acogimiento; trabajo en equipo multiprofesional; resolutivez; promoción de la atención integral; acciones de atención domiciliaria; programación de actividades de acuerdo con las necesidades de la población; la aplicación de la promoción de la salud; acciones para prevenir enfermedades diversas; llevar a cabo acciones educativas; acciones intersectoriales; implementación de directrices para la calificación de modelos de atención y gestión; participación en la planificación local de la salud; implementación de estrategias de seguridad del paciente; estrategias de apoyo para el fortalecimiento de la gestión local y la formación y la educación continua en salud (Brasil, 2017a).

Las características mencionadas anteriormente se basan para cumplir primero con los principios y directrices del SUS, y luego corresponder a las propias características que guían la APS como base del sistema de salud brasileño, y así producir una atención integral que contemple la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento, la rehabilitación y la reducción de daños. Por lo tanto, todos los sitios de asistencia de APS deben guiarse por tales procesos, de modo que sea posible una atención de calidad efectiva y satisfactoria.

Esta colocación puede ser confirmada por Fachini et al. (2018), quienes enfatizan que el logro de la efectividad en la provisión de atención de salud en la red básica y, particularmente, en la ESF, depende de los procesos organizativos y las prácticas profesionales. Además, también requiere la mejora de la estructura de los servicios, la calificación de los procesos de organización y gestión de la atención por parte del equipo multidisciplinario, considerados factores esenciales para aumentar la eficacia de la ESF, dado su efecto mediador en la atención a la salud.

Fontana et al. (2016) definen el proceso de trabajo en el contexto de la salud y la atención primaria como un conjunto de acciones coordinadas, desarrolladas y ofrecidas por trabajadores dirigidas a individuos, familias y grupos sociales que componen el objeto de trabajo, y conocimientos y métodos, que representan los instrumentos que originan la atención a la salud.

Por lo tanto, los procesos de trabajo en APS deben ser sistematizados y con profundo conocimiento y contribución de los profesionales de los equipos de salud de la familia, porque esta organización de la fuerza de trabajo permite alcanzar resultados de salud adecuados a la realidad del lugar donde se aplican. Sin embargo, para que sea posible tal calidad de atención, muchas acciones concomitantes son necesarias y empleadas de manera

equilibrada, lo que resulta en el grado de integralidad esperado para la atención, resultado de la correcta interacción entre los miembros del equipo de salud y que también debe tener una red de apoyo completa para la realización de la atención de salud.

En esta perspectiva de abordar el papel desempeñado por los equipos de salud de la familia, Lacerda et al. (2016), destacan la importancia de que los profesionales de APS realicen sus procesos de trabajo de manera integrada, con el fin de ampliar la gama de conocimientos e intervenciones de los equipos multidisciplinarios junto con las demandas de los usuarios para lograr la integralidad, que también debe contar con la articulación de diferentes procesos de trabajo, considerando las conexiones e interfaces existentes entre las intervenciones peculiares de cada profesional miembro de estos equipos.

6.4.2 Atribuciones comunes a los profesionales del equipo de salud de la familia

En cuanto al papel de los profesionales de la APS, debido a que la Estrategia Salud de la Familia (ESF) es el modelo más frecuentemente adoptado para ampliar y fortalecer el nivel primario de salud, es importante destacar las atribuciones realizadas por los profesionales que son miembros de los equipos de salud de la familia, ya que, a partir del contacto de estos profesionales con los usuarios que buscan algún tipo de atención, que se establece el vínculo entre el servicio de salud y la comunidad.

Los equipos de salud de la familia involucran diferentes categorías profesionales, como ya se ha mencionado, estos son médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, entre otros, que ofrecen asistencia según lo que preconiza el ejercicio legal de cada profesión. Sin embargo, existe un común reparto de tareas, que de manera organizativa, están representadas por las siguientes atribuciones, según la puntuación de Figueiredo (2012), donde todos los profesionales deben participar en el proceso de territorialización, identificando situaciones de riesgo y vulnerabilidad, realizando búsqueda activa y notificando enfermedades y enfermedades de notificación obligatoria; participar en el registro de familias e individuos, asegurar la calidad de los datos recolectados y la confiabilidad del diagnóstico de salud del grupo poblacional del área de manera interdisciplinaria, con reuniones sistemáticas, organizadas de manera compartida, para la planificación y evaluación de acciones.

Mientras tanto, esta interacción de trabajo en equipo no puede ocurrir solo internamente entre sus miembros, porque según lo expuesto por Peduzzi & Agreli (2018), es necesaria la integración y colaboración no solo en el ámbito de los equipos, sino de estos con los demás servicios de las RAS, dada la creciente complejidad del cuidado en salud. Esta colaboración se caracteriza especialmente por una comunicación efectiva entre profesionales, usuarios, familias, grupos sociales, otros equipos de salud, otros servicios y sectores en red. Las atribuciones descritas y compartidas entre los miembros del equipo de salud también

están previstas en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB).

6.5 La política nacional de atención básica (PNAB) en Brasil

La política nacional de atención básica (PNAB) tuvo sus inicios de implementación en 2006, y luego fue reconocida como la política que representaría una de las bases para regir la estructura y el modo de operación de la Atención Primaria en Brasil. Según Gomes et al. (2020) "hasta 2006, la APS estaba regulada por numerosas ordenanzas y normas publicadas por el Ministerio de Salud (MS) para apoyar el proceso de descentralización del sistema a través de incentivos financieros a los municipios y estados brasileños" (p. 1327).

Antes de su primera publicación, al recorrer sus antecedentes históricos, se verifica que los cuidados en salud caracterizados como cuidados primarios se intensificaron en la década de 1980, a partir de la creación del SUS. Viana & Dal Poz (2005) consideran que el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y el Programa de Salud de la Familia (PSF) fueron los precursores en la adopción del modelo de APS en Brasil, y a partir de ellos, se verificó la necesidad de crear una política que pudiera instalar más sólidamente el modelo de APS en Brasil.

En 2006, el ministerio de salud elaboró la primera política nacional de atención básica, instituida mediante la Ordenanza nº 648, de 28 de marzo de 2006. Según Fausto et al. (2018), la percepción inicial de la APS expresada en la PNAB de 2006 se adaptó al concepto ampliado de salud establecido en la constitución federal brasileña de 1988 y que fue la referencia para la creación del SUS. Esta política, una vez establecida, comenzó a prever la oferta y organización de acciones y servicios en el contexto del acceso a la atención integral de salud, cuyo papel se centró en la organización de prácticas que pudieran impactar en los determinantes sociales de la salud, colocando la ESF como su principal dispositivo para la reorganización de la atención primaria en Brasil.

A partir de entonces, según Melo et al. (2018), hubo una expansión significativa de la ESF en grandes centros urbanos, debido a la inclusión y expansión de los Equipos de Salud Bucal (ESB) y la creación de los núcleos de apoyo a la salud de la familia (NASF). Sin embargo, a pesar de estos avances, seguimos siendo críticos, como la infraestructura inadecuada, la subfinanciación, el modelo de asistencia y la dificultad del apoyo de los profesionales médicos.

En un intento por superar estos nodos críticos y con el fin de mantener la figura central de la ESF y el fortalecimiento de la APS, se inició la primera revisión sobre la PNAB (2006), que fue revocada por la ordenanza nº 2.488, del 21 de octubre de 2011. Aunque la mayor parte de su contenido se mantuvo en relación con la ordenanza de 2006, se observaron innovaciones en cuanto a la ampliación del acceso, cobertura y resolutivez de la APS, con

énfasis en la flexibilidad de la carga de trabajo médico, la inclusión de nuevos arreglos de equipos de salud de la familia para poblaciones específicas (equipos ribereñas y fluviais), los núcleos de apoyo a la salud de la familia (NASF) y la implementación del Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y la Calidad (PMAQ-AB) (Ordenanza nº 2.488, del 21 de octubre de 2011) (Brasil, 2011d).

En 2015, Almeida et al. (2018a) informan que se inició una nueva revisión de la Política Nacional de Atención Básica, que se consolidó en 2017, con el establecimiento de la Ordenanza nº 2.436, del 21 de septiembre de 2017, que nuevamente revocó la ordenanza anterior de 2011. Este autor señala que debido a varios programas y acciones que fueron instituidos o modificados en el contexto de la APS, como el programa más médicos (PMM), telesalud, entre otros, con la intención de incorporarlos a la PNAB, la revisión de esta política fue nuevamente requerida y actualmente es la que prevalece para el contexto brasileño.

6.5.1 Finalidad de la Política Nacional de Atención Básica de 2017

La política nacional de atención básica, instituida por la mencionada ordenanza nº 2.436, del 21 de octubre de 2017, es la norma vigente que rige la APS en Brasil. Tiene el propósito de establecer la revisión de directrices para la organización de la atención primaria, en el ámbito del SUS, así como establecer las directrices para la organización del componente de Atención Primaria en el escenario de las Redes de Atención a la Salud (RAS).

Todavía según Almeida et al. (2018a), las principales propuestas establecidas en la PNAB 2017, fueron: el reconocimiento financiero de otros modelos de organización de la APS, distintos de la ESF, como los equipos de atención básica, por ejemplo; el mantenimiento de la ESF como prioridad para la expansión y consolidación de la APS en Brasil; la ampliación de las atribuciones del Agente Comunitario de Salud (ACS) de acuerdo con las leyes que regulan el ejercicio de estos profesionales; el reconocimiento del papel del gestor de Atención Primaria, recomendando su inserción en el equipo de salud, incluyendo el apoyo financiero federal y la prestación de servicios esenciales y ampliados y acciones organizadas en una "cartera de servicios".

Sin embargo, sobre la PNAB 2017, hay varios lugares en la literatura sobre el futuro de la APS en Brasil, que plantearon varias preguntas sobre cómo los cambios realizados podrían afectar la calidad de los servicios de este nivel de atención. En opinión de Melo et al. (2018) en cuanto al financiamiento de la APS, se preservaron las responsabilidades de las tres entidades federadas, con una baja perspectiva de expansión de los recursos financieros. También se verificó el papel de los gestores formales y el desprecio de las posiciones de control social en la toma de decisiones, que también menciona la presencia de dispositivos en la política que inducen, impiden o condicionan los cambios, concluyendo que los propósitos

centrales de esta agenda son la reducción de los ACS y el cambio de su perfil, y también la priorización de la llamada Atención Básica tradicional en detrimento de la ESF. Para estos autores, tales cambios favorecen el desmantelamiento de la ESF.

Giovanella et al. (2020) en su artículo que reflexiona sobre el destino de la APS, informan que los cambios en el modelo de atención a la APS representan amenazas a la multidisciplinariedad de los equipos, con prioridad a la atención inmediata, centralidad en el cuidado individual, relajación del enfoque territorial comunitario y cobertura por registro, lo que evidencia reorientación de la política de salud, lesionando los principios de universalidad, integralidad y equidad en el SUS.

Ya según Fausto et al. (2018) la PNAB instituida en 2017 introdujo la revisión de directrices que amenazan la organización de una APS inclusiva y ecuánime, entre las que destacan la autonomía ofrecida al gestor municipal para decidir el alcance de los servicios (esenciales o ampliados) a ofrecer en las USF. Estos autores también mencionan la delimitación del espacio territorial de vinculación comunitaria a los equipos de salud de la familia u otros tipos de arreglos de organización de la APS. Afirman que no hay forma de tener claridad cuáles serán las repercusiones de estas medidas, sin embargo, ya es posible identificar que se trata de amenazas para la implementación de una APS universal e integral, con los consiguientes riesgos para el crecimiento de las desigualdades de acceso en la APS y en el SUS.

A pesar de la preocupación verificada sobre el futuro de la APS en Brasil, debido a la implementación de la revisión de esta importante política, Gomes et al. (2020) señalan como aún reciente evaluar su impacto real, mencionando cuán cuestionables pueden ser sus propuestas, considerando si realmente eran apropiadas para los principales problemas públicos que afectaban a la APS y si los intereses que motivaron su reformulación eran legítimos para la mayoría de los municipios brasileños, y no sólo para una minoría. A pesar de las incertidumbres, los desafíos actuales residen en la voluntad política de restaurar los principios de Alma-Ata y los atributos de la Atención Primaria, haciendo posible el acceso y la cobertura de la "Salud de la Familia" para toda la población brasileña.

6.5.2 La resolutivez en el contexto de la política nacional de atención básica (PNAB) de 2017

El art. 3º de la Política Nacional de Atención Básica de 2017 establece los principios y directrices del SUS y de las RAS para ser operacionalizados en la APS, que son:

- I - principios: a) universalidad; b) equidad; y c) integralidad. II - directrices: a) regionalización y jerarquización; b) territorialización; c)

población adstrita; d) cuidado centrado en la persona; e) resolución (resolutividad); f) longitudinalidad del cuidado; g) coordinación del cuidado; h) ordenación de la red; e i) participación de la comunidad (Brasil, 2017a, p. 02).

La resolutividad en este contexto, es reconocida en esta política como una directriz y con respecto a su propósito, se presenta lo siguiente: La APS debe ser resolutiva utilizando y articulando diferentes tecnologías de atención individual y colectiva, a través de una clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenciones clínicas y efectivas para la salud, centrado en la persona, en la perspectiva de ampliar los grados de autonomía de los individuos y grupos sociales. También debe ser capaz de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de la

población y coordinar la atención del usuario en otros puntos de las RAS, cuando sea necesario (Brasil, 2017a).

En este sentido, se observa que uno de los aspectos iniciales de la resolutividad en el contexto de la APS, es reunir todas las condiciones necesarias para poder resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Para Mendes (2015) esta capacidad es conocida cuantitativamente, donde afirma que una APS como estrategia solo será posible si cumplir tres roles esenciales: la resolución, coordinación y responsabilización. Reforzando que, sobre su papel resolutivo, inherente al nivel de atención primaria, significa tener la capacidad de satisfacer el 90% de la demanda de la APS.

Otro enfoque adoptado por la PNAB vigente, sobre la resolutividad, se refiere a su importancia y herramientas para su alcance, a través del tema "proceso de trabajo de cuidados básicos". En esto, nuevamente está la definición de resolutividad, caracterizándola como la capacidad de identificar e intervenir en los riesgos, necesidades y demandas de salud de la población, logrando la solución de los problemas de salud de los usuarios. Enfatizando que el equipo de salud debe ser resolutivo desde el contacto inicial con el usuario, hasta las otras acciones y servicios de la APS que necesita. A continuación, señala posibles formas de su alcance, que requiere la presencia de un amplio alcance de ofertas y enfoques de cuidado, con el fin de concentrar recursos, maximizar ofertas y mejorar la atención, enviando de manera calificada al usuario que necesita atención especializada. Para ello, señala la importancia del uso de diferentes tecnologías y enfoques de atención individual y colectiva, a través de habilidades para ser empleadas por los equipos de salud para la promoción, protección y recuperación de la salud, prevención de enfermedades y reducción de daños. Destacando además sobre el uso de herramientas que apoyen y califiquen el cuidado ofrecido, como las herramientas clínicas ampliadas, gestión clínica y promoción de la salud, de manera que haya una ampliación de la resolutividad (Brasil, 2017a).

En cuanto a estas herramientas de gestión clínica, existe la predicción de que se trata de estrategias para una oferta asistencial de calidad, tales como: "protocolos y guías clínicas, planes de acción, líneas de cuidado, proyectos terapéuticos singulares, genograma, ecomapa, gestión de listas de espera, auditoría clínica, indicadores de cuidado, entre otros" (Brasil, 2017a, p. 22).

Así, al tener en cuenta que la resolutivez apunta a la existencia de una APS consolidada y preparada para atender la mayoría de los problemas de salud de su población de cobertura, se entiende que, para su alcance, son necesarias varias condiciones derivadas de una compleja interacción de factores que son favorables para el buen desempeño de los equipos de salud.

En resumen, desde la perspectiva de la política nacional de atención básica, la capacidad de resolutivez está relacionada con el uso y articulación de diferentes tecnologías, el uso de la clínica ampliada, las formas de operación y organización de la Unidad Básica de Salud (UBS), ofreciendo una amplia gama de servicios en la UBS, consideración de políticas públicas y programas prioritarios en la planificación de acciones de salud, realizaranálisis de la demanda del territorio y ofertas de las UBS para medir su capacidad de resolución por parte de la gestión municipal, monitorizar la satisfacción de los usuarios, realizar derivación cualificada y utilizar herramientas que apoyen y cualifiquen la atención (herramientas de la clínica ampliada, gestión de la clínica y promoción de la salud) (Brasil, 2017a).

6.5.3 Principales cambios en las políticas relacionadas con la atención primaria de salud (APS) en Brasil

Debido a su importancia en la reestructuración del SUS brasileño, la atención primaria ha sufrido constantes cambios y adaptaciones, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y consolidarlos como una puerta de entrada eficiente al sistema nacional de salud. Después de su última actualización en 2017, la PNAB continúa con expansiones adicionales con el fin de ampliar su cobertura en todo el territorio brasileño.

En 2019, a través de una ordenanza específica, el ministerio de salud instituyó el equipo de APS (eAP), que son equipos que deben estar compuestos por un mínimo de médicos, preferiblemente especialistas en medicina familiar y comunitaria, y enfermeras, preferiblemente especialistas en salud de la familia registrados en la misma unidad de salud, cuyo objetivo sería ampliar la cobertura poblacional de APS en Brasil, a través de la conformación diferenciada de equipos de salud y así atender las características y necesidades particulares de cada municipio (ORDENANZA N° 2.539, DEL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2019).

Sin embargo, estudios recientes muestran que existe una tendencia de privilegio para

este tipo de equipos, pues según Mendonça et al. (2023), con respecto al eje de financiamiento, donde se observa que existe un privilegio para ampliar los eAP, ya que los incentivos financieros se han actualizado y ampliado varias veces para este tipo de equipos. En cuanto a los equipos de salud de la familia, no hubo cambios en el valor del incentivo definido en 2012. Además, se produce el fin de la financiación del equipo Nasf-AB por parte del programa “Previne Brasil” y cambios en las formas de transferência federales al financiamiento de la APS – en particular, por la sustitución de la modalidad per cápita por la capitación ponderada. A diferencia de la transferencia per cápita y la capitación ponderada se basa en la transferencia de recursos únicamente a los usuarios registrados por los equipos de APS.

Siguiendo con el programa Previne Brasil, se caracterizó por ser un nuevo modelo de financiamiento que cambia la forma en que se transfieren las transferencias a cada municipio, que ahora tienen los criterios establecidos en capitación ponderada, pago por desempeño e incentivo a acciones estratégicas. El cambio tuvo como objetivo aumentar el acceso y el vínculo entre la población y los equipos de salud, aumentando la responsabilidad de los gestores y profesionales involucrados en la prestación de asistencia a las comunidades. Además, buscó equilibrar las transferencias financieras relacionadas con la población efectivamente registrada y el desempeño asistencial de los equipos, así como incentivos específicos, que aumenten el acceso y la capacidad de resolución de problemas de las acciones ofrecidas en este nivel de atención (ORDENANZA N° 2.979, DE 12 DE NOVIEMBRE DE 2019).

Sin embargo, a través del Previne Brasil, con el cambio en la financiación de la APS, hubo un cambio en la dinámica de la transferencia de recursos del gobierno federal a los municipios, provocando la discontinuidad del incentivo financiero al NASF, provocando, así, entre los años 2019 y hasta mediados de 2023, una caída sustancial en la adhesión de los municipios a esta modalidad de atención multiprofesional (Nobre et al, 2023).

Pero, en mayo de 2023, bajo la nueva gestión federal, se produjo otro cambio en el escenario de la APS, a partir de la institución de eMulti (equipos multiprofesionales de atención primaria), cuya visión de interprofesionalidad se convirtió en una propuesta sustitutiva de los centros de salud de la familia ampliado, conocidos em Brasil como NASF. Entre sus objetivos se encuentran ampliar el alcance de las prácticas, mejorar el poder de resolución de problemas de la APS e integrar la atención de salud, la prevención, la promoción, la vigilancia y la capacitación para una atención de salud más integral. Otro aspecto positivo es la variedad de profesiones que pueden conformar estos equipos, con hasta 12 profesiones de diferentes áreas de conocimiento. De esta forma, el eMulti amplía las atribuciones previstas para el NASF, fortaleciendo su papel de matriz de apoyo a los equipos de salud de la familia (Bispo Júnior & Almeida, 2023). Así, para la construcción del instrumento de evaluación de la

capacidad resolutoria en el contexto de la APS, se consideraron estos cambios, lo que resultó en el formato final de la metodología propuesta en esta investigación.

6.6 La resolutoria en la atención primaria de salud (APS) y su importancia para las redes de atención a la salud (RAS)

Al analizar la capacidad de resolución de problemas aplicada a los servicios de salud, Turrini et al. (2008) señala que "la capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud es una forma de evaluar los servicios de salud a partir de los resultados obtenidos de la atención al usuario" (p. 663). Donde, esta capacidad de resolución de problemas ha sido objeto de discusión con diferentes enfoques, ya que afirma que depende de quién evalúa y qué se evalúa en este momento, lo que permite decir que la capacidad de resolución de problemas involucra varios tipos de aspectos, relacionados con la demanda, la satisfacción del cliente, las tecnologías de servicios de salud, la existencia de un sistema de referencia preestablecido, accesibilidad de los servicios, formación de recursos humanos, necesidades de salud de la población, adhesión al tratamiento, aspectos culturales y socioeconómicos de la clientela, entre otros.

En el contexto de la APS, la resolutoria se presenta como un papel esencial, ya que, por ser la entrada preferencial del usuario al sistema de salud, debe cumplir con las condiciones necesarias para su recepción. Para Brasil (2020), cuando un servicio de salud de APS es guiado a través de los atributos esenciales y derivados (anteriormente comentados), se vuelve capaz de proporcionar atención integral, desde el punto de vista biopsicosocial, a su comunidad vinculada. Refiriéndose a ser importante, que esta definición de atención primaria de salud guiada por estos atributos pueda guiar las estrategias de evaluación e investigación de los servicios y sistemas de salud basados en la APS. Y que, la identificación rigurosa de la presencia y el grado de extensión de estos atributos citados es fundamental para definir un servicio como realmente orientado a la APS. Además, la identificación empírica de los atributos de la Atención Primaria de Salud permite verificar la asociación entre estos atributos y los resultados – la efectividad – de la atención sobre la salud de la población.

Por lo tanto, en el escenario de la APS, la capacidad resolutoria de los servicios ofrecidos también se correlaciona con la presencia de estos atributos esenciales y derivados, referidos por Starfield (2002), siendo importante identificar estos aspectos en las investigaciones sobre la resolutoria. Según Brasil (2021b), existe evidencia de que una APS efectiva es capaz de absorber y resolver la gran mayoría de los problemas que se presentan en la atención primaria, sin necesidad de encaminar a otro nivel del sistema de atención de salud. Los datos de Brasil mostraron que una APS bien organizada puede resolver del 87,5% al 95% de los problemas que se presentan en la APS, lo que la convierte en un nivel de

atención costo-efectivo porque casi todos los problemas de salud que se presentan en ella pueden resolverse a un menor costo y efectividad.

Con respecto al enfoque de la APS y su importancia en el contexto de las RAS, inicialmente es necesario destacar sobre sus funciones en Brasil. Assis (2015) menciona que la APS realiza varias funciones importantes, comenzando con el ordenamiento de los usuarios que ingresan al sistema de salud, identificando las demandas y necesidades (individuales y colectivas), con la atención coordinada y articulada en una red para brindar atención integral. En este sentido, la APS forma parte de la red de atención de salud propuesta por el SUS, conectando servicios, conocimientos y prácticas, componiendo espacios territoriales y sus respectivas poblaciones. Así, los puntos de conexión propiamente caracterizados por el hacer cotidiano involucran la oferta y demanda de servicios de salud, el flujo de atención que define la entrada y salida del usuario en el sistema y el sistema de gobernanza operado por sus gestores.

La APS debe reunir las características necesarias que sean compatibles con estas funciones y así desempeñar su papel básico del sistema de salud, con resolutivez, coordinación de la atención y como ordenador de las RAS. En cuanto a la importancia de su función de resolución de problemas, de manera específica, Lavras (2011) cita que la capacidad de resolución de problemas de la APS es esencial, porque cuando se logra, permite asegurar la reducción de las inequidades y asegurar una atención de salud de calidad, porque una vez que este nivel de atención incorpora acciones y servicios reconocidos como resolutivos frente a las demandas de salud de los usuarios, permite el logro de una atención integral, así como califica el cuidado en otros niveles de atención de salud.

Brasil (2015) también afirma que la resolutivez debe ser alcanzada por los servicios de APS, y para ello, se deben instituir acciones de una manera más audaz, efectiva y cohesiva, para transformar la atención primaria (entendida como atención básica de salud) en Atención Primaria de Salud, (atención compleja y la puerta preferencial del ciudadano en el sistema de salud) de calidad y resolutiva. Para ello, es necesario incorporar procesos educativos potentes, que permitan cambiar los comportamientos de los profesionales, a través de métodos metodológicos adecuados tanto para adultos como para usuarios, de forma continua y simultánea en todo el país.

De esta manera, este mismo autor, también menciona que la resolutivez de la APS, referida a su concepto de poder resolver la mayoría de los problemas de salud de los usuarios, se debe al desarrollo e implementación de estructuras y procesos que permitan dar respuestas satisfactorias a las diferentes demandas de salud, lo que equivale a implementar soluciones estructurales y procedimentales a todos estos tipos de demandas expresadas en el ámbito de la APS.

Una mayor resolutivez de la atención prestada por la APS puede reducir la demanda

de consultas y exámenes especializados, especialmente los de mayor complejidad, reservando los recursos públicos para asegurar los procedimientos que son realmente necesarios. Actualmente, parte de las derivaciones realizadas por los médicos de la red básica a especialistas no agotan todos los recursos asistenciales disponibles en la Unidad Básica (Franco & Magalhães Júnior, 2003).

6.7 El proceso de atención a la salud

Desde la perspectiva de la atención de salud en Brasil, interpretada como la oferta de un derecho de cada ciudadano, es importante destacar que el SUS, reconocido como la política pública de salud que tiene como objetivo lograr este derecho, está estructurado para hacer posible que todas las necesidades de salud de los individuos y colectividades sean satisfechas en cualquier nivel de atención requerido, con miras a asegurar uno de sus principios fundamentales, la integralidad. Por lo tanto, la comprensión de cómo ocurre el proceso de atención de salud en su contexto organizacional mientras está estructurado a lo largo de las líneas de la Red de Atención de Salud (RAS) es primordial.

Esta afirmación puede ser corroborada por las palabras de Rocha & Bava (2016), cuando se informa que el proceso de atención a la salud comienza a partir de la percepción de una persona o tutor, de que algo con salud no está bien. Esta percepción lleva al individuo a buscar ayuda, especialmente cuando nota la persistencia de lo que identificó como un problema en su salud. Sin embargo, no todos estos problemas resultarán en una búsqueda de ayuda, a veces hay una resolución espontánea de la situación. Pero en los casos en los que hay una caída en la calidad de vida, la búsqueda de un servicio que resuelva o minimice lo que sientes se vuelve indispensable. Por lo tanto, una vez acogido por el sistema de salud, la persona asume el papel de paciente (usuario), lo que significa reconocer su carencia y seguir las prescripciones, a cambio de lo cual habrá restaurado su salud. La conducta adoptada dependerá del grado de complejidad requerido, para que se empleen los recursos adecuados (humanos o tecnológicos) o encaminados al nivel asistencial correspondiente.

En este panorama asistencial, la APS asume la figura de la principal entrada de necesidades de salud, así como un coordinador asistencial, en situaciones que no pueden ser resueltas en su entorno. Sin embargo, es importante destacar que la APS por sí sola no puede ofrecer una atención integral en todas las situaciones, a pesar de ser capaz de dar cuenta de la mayoría de los problemas y necesidades de salud de las personas y grupos de población, articulando diversos tipos de tecnologías, siempre que tenga o construya la voluntad y la capacidad de identificar / comprender las diversas demandas de salud e intervenir en estas situaciones de manera integral y resolutive. Por lo tanto, necesita legitimidad, y no puede ser un lugar donde solo se haga promoción y prevención a nivel colectivo, ni puede limitarse a

realizar consultas y procedimientos, sino que constituye una puerta abierta, capaz de dar respuestas positivas a los usuarios, y no puede convertirse simplemente en un lugar de paso burocrático y obligatorio para otros tipos de servicios (Brasil, 2013a).

6.7.1 Las demandas en salud en el proceso de atención a la salud en la APS

Teniendo en cuenta el proceso de atención a la salud, se considera que las demandas de salud representan el punto de partida en este flujo de atención, en el que los individuos y las colectividades recurren al sistema de salud para resolver sus problemas. Así, al considerar el papel de la APS como primer contacto posible, es importante destacar la figura de la Estrategia Salud de la Familia, a través del desempeño del equipo multidisciplinario, presente en los territorios delimitados en los que prestan atención.

Con respecto a este aspecto, Brasil (2013a) explica que debido a la APS se caracteriza por la proximidad a la vida cotidiana de las personas y colectividades en sus territorios, y, debido a actuar a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF), que se refiere a la atención con un mayor grado de descentralización y capilaridad, termina haciendo con que los equipos de salud que lo componen, se encuentren constantemente con la búsqueda por asistencia en sus establecimientos, y por lo tanto, deben estar preparados con toda la estructura necesaria para percibir las peculiaridades de cada situación presentada, agenciando todos los recursos disponibles que ayudan a resolver estos eventos.

Por lo tanto, al considerar las prácticas de salud a nivel local, con el objetivo de lograr una atención integral, una tarea indispensable para los sujetos involucrados en este proceso, es la correcta identificación de los problemas y necesidades de salud de la población de un territorio determinado y que requiere enfrentar uno de los grandes desafíos para los profesionales que actúan en la APS (gestores y equipo multidisciplinario), que consiste en superar la dificultad de analizar la oferta organizada de servicios, a partir de un análisis técnico de la situación de salud de la población de un territorio determinado, que resulte en una atención adecuada para la demanda espontánea, que se coloca en la puerta de las unidades de salud, y que espera que acojan y resuelvan sus problemas y su sufrimiento (Silva et al., 2007).

En este sentido, las demandas de salud pueden entonces caracterizarse como la necesidad de obtener algo, en este caso, son las necesidades relacionadas de acuerdo con el estado de salud de quienes buscan y esperan encontrar su abastecimiento a través de los servicios de salud. Esta afirmación es corroborada por Zucchi et al. (2000), que afirma que los factores que actúan en la demanda de servicios de salud son muy variados y pueden superponerse, señalando que la necesidad sentida es una de las principales razones que representan estas demandas. Así, una vez generada esta demanda, desde la conciencia del

estado mórbido, se tiene el primer elemento indispensable para la búsqueda de servicios de salud. En estas situaciones, el usuario aplica a los servicios de salud la creencia en su competencia y la esperanza de curación utilizando sus servicios, que son igualmente necesarios en la decisión de querer consumir. Donde, estas expectativas, también se basan en el aumento de la conciencia por parte de los individuos con respecto a su propio cuerpo, que está más atento a los riesgos de enfermedad y sus síntomas, reforzando así el crédito otorgado al sistema de salud, donde se espera que funcione bien ya sea para la curación de una enfermedad o al menos la desaparición de los síntomas.

En vista de la complejidad de las demandas de salud que se pueden presentar en el ámbito de la APS, para que pueda alcanzar un alto grado de capacidad de resolución de problemas, debe presentar una capacidad ampliada de escucha (y análisis), así como un repertorio ampliado de ofertas para hacer frente a la complejidad del sufrimiento, la enfermedad, las demandas y las necesidades de salud, que los equipos de salud siempre están encontrando, en el que se destaca el papel de la acogida, que es uno de los temas que se presentan con alta relevancia y centralidad en la forma de recibir estas demandas (Brasil, 2013b).

Otro factor para tener en cuenta, sobre la complejidad de las demandas de salud, se refiere a la dinámica subjetiva presente en situaciones que requieren el uso de servicios de salud. Porque, al presentar una queja de salud, el usuario encuentra en el entorno de los servicios de salud la oportunidad de ser escuchado y, por lo tanto, tener la oportunidad de una visión más amplia de su salud. Sin embargo, el desempeño del profesional de la salud en esta perspectiva más amplia sobre la salud sólo será posible a partir de la comprensión de que las demandas de servicios de salud resultan de la combinación de factores sociales, individuales y culturales prevalentes en la población, que trascienden el aspecto biológico, pero también consideran otras dimensiones del enfoque psicológico y social. Siendo necesario así, la modificación de las prácticas de cuidado para la confrontación óptima de estas situaciones, incluyendo la discusión sobre las tecnologías disponibles en los servicios, ya que no todas las necesidades se convierten en demandas, pero todas las demandas se refieren a algún tipo de necesidad que requiere intervención (Santos & Penna, 2013). Por lo tanto, es indiscutible que es necesario que haya un equilibrio constante entre la oferta de servicios de salud y sus demandas, y cuando, de manera específica, este evento ocurre en el contexto de la APS, la atención puede considerarse de hecho resolutive.

6.7.2 Tipos de demandas en salud

La literatura identifica tres tipos de demandas de salud: demanda espontánea; demanda programada y demanda reprimida. En las demandas espontáneas, las

intervenciones se centran en las necesidades de salud demandadas, en las que hay una búsqueda no planificada de atención y generalmente se relacionan con la atención a la enfermedad. Se asocian a los atendimientos diarios, sin programación previa, con restricción de horarios y como medio de acceso al servicio de salud (Chávez et al., 2020a).

La demanda programada se considera aquella que, para acoger las demandas de salud, las organiza en programas. Los programas de salud, planificados por las diferentes esferas de gobierno, tienen en cuenta la dimensión epidemiológica de la enfermedad, organizando los servicios en la lógica de la enfermedad o grupos con mayor riesgo de contraerla. “Así, al integrar uno de estos programas, el paciente comienza a asumir la identidad de la enfermedad que tiene, siendo informado de los procedimientos que debe seguir, dentro del servicio y en su vida diaria” (Pinheiro & Camargo JR, 2000 como citado en Souza & Botazzo, 2013, p. 397). Por otro lado, la demanda reprimida es la constituida por usuarios que no fueron atendidos en una situación dada, no siendo acogidos por los servicios de salud (Dantas et al., 2015).

Sobre las demandas de salud en la APS, Brasil (2021b) presenta una relación importante sobre las características de estas demandas, cuando afirma que las necesidades de salud de la población, una vez superadas las barreras de acceso (baja cobertura poblacional, cartera de servicios restringida, altos costos de oportunidad, barreras financieras, geográficas y organizativas), se convierten en demandas efectivas, que conducen a la APS, la recepción y elaboración de listas de problemas y/o diagnósticos, para la provisión de una posible solución. Sin embargo, a partir de esta concepción, se observa que la resolución de las demandas presentadas se planifica sólo a los casos que son realmente acogidos en la UBS (demanda efectiva), no siendo tomados en cuenta los individuos con necesidades, que buscan el servicio, pero son rechazados por el sistema de salud. A estas demandas no asistidas se necesita una planificación de acciones que puedan reducir su ocurrencia, que se expresan cuando la APS demuestra baja resolución y restricciones de acceso.

Por lo tanto, la APS debe ser vista como un lugar complejo de atención, porque según Brasil (2021b), en general, la APS se reduce a la atención de eventos agudos (demanda espontánea) y condiciones crónicas no agudas (demanda programada) y ciertos cuidados preventivos. Sin embargo, las demandas recibidas en su alcance van mucho más allá de estas tres condiciones de salud. Y, para que pueda avanzar hacia una APS que sea efectivamente una estrategia de reordenación del SUS, es necesario romper con esta visión simplificadora de la atención primaria. La APS no tiene nada de simple, ni representa un conjunto de servicios de baja complejidad porque se ocupa de una gran complejidad de la demanda y opera a través de una amplia gama de respuestas sociales engendradas por la atención primaria, y debe estar preparada en todos los aspectos para todos y cada uno de los tipos de demanda y resolverlos, de acuerdo con sus competencias esperadas.

6.7.3 Perfil de las demandas en salud en el contexto de la APS

A los tipos de demandas comunes en la APS, se observa un perfil reportado en una investigación científica compilada presente en Brasil (2021b), en la que las principales demandas identificadas fueron reunidas según su incidencia dentro de las Unidades de Salud de la Familia. Estas demandas se agruparon en once grupos, de acuerdo con las singularidades y sus respuestas sociales requeridas.

Según la misma autoría, estos perfiles de demandas se clasifican de la siguiente manera: 1) demanda de condiciones agudas; 2) demanda de condiciones crónicas agudas; 3) demanda de condiciones generales y no específicas; 4) demanda de enfermedades crónicas no agudizada; 5) demanda de enfermedades; 6) demanda de personas hiperusuarias; 7) demanda administrativa; 8) demanda de atención preventiva; 9) demanda de atención domiciliaria; 10) demanda de autocuidado apoyado y 11) demanda de cuidados paliativos. Ante esta variedad de perfiles presentados, es necesario establecer una coherencia entre la estructura de la oferta y la demanda, lo que hace necesario establecer la estructura de demanda adecuada a las respuestas sociales de cada uno de ellos, a través de una oferta singular. Es decir, debe haber un equilibrio entre la estructura de la demanda y la estructura de la oferta.

Sin embargo, se observa que en la práctica de la APS en el SUS, existe una estructura de oferta que no es capaz de responder socialmente a las complejas demandas del cuidado primario. La estructura de oferta que se tiene no se da cuenta de responder a todas las demandas de la APS. Cuando se produce este desequilibrio, la APS se convierte en un escenario de baja resolución.

6.8 La relación entre la resolutivez y las demandas de salud en el escenario de la APS

Al discutir la relación entre resolución de problemas y demandas de salud, como se verificó en los temas anteriores, se hace evidente que la resolutivez de los servicios de salud en la APS está directamente relacionada con las demandas de salud que acompañan a los usuarios, que utilizan las unidades de salud como una solución alternativa a sus problemas en esta área. Esto significa que cuantas más características resolutivez estén presentes al alcance de los equipos multiprofesionales, mayor será la correspondencia favorable a estas demandas.

Según Almeida et al. (2011a), la APS necesita comportarse como un servicio de búsqueda regular, con sus puertas abiertas para buscar un equilibrio entre la atención al paciente y las acciones preventivas y de promoción de la salud. Algunas conductas son

imprescindibles para configurarse con esta función. La acogida, el apoyo de especialistas y el apoyo matricial son ejemplos de acciones que pueden contribuir a la organización del proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia, con el fin de satisfacer las diversas necesidades de salud de la población y aumentar la resolutivez. Que, para ello, también son importantes iniciativas para difundir y promover la ESF entre la población, con el fin de fomentar la comunicación y la cooperación entre los profesionales de la red de servicios de salud y construir una base sólida de apoyo para el sistema público de salud.

La resolutivez, entonces, para ser correspondiente a las demandas en salud captadas en el campo de actuación de la APS, según Rosa et al. (2011), necesita adoptar comportamientos apropiados para este propósito, a través de un servicio acogedor, con la responsabilidad de los equipos, con actitudes creativas y flexibles, a partir de las tecnologías disponibles en cada nivel de atención. Considerando la resolutivez como la respuesta satisfactoria que el servicio de salud proporciona al usuario cuando busca atención a alguna queja, se destaca que esta respuesta no incluye exclusivamente la curación de enfermedades, sino también el alivio o minimización del sufrimiento y la promoción y mantenimiento de la salud.

6.9 Factores relacionados con la ampliación de la resolutivez en la APS

Realizando un enfoque de diferentes aspectos, es posible decir que la resolutivez involucra diversas perspectivas, que son relativas a la demanda, a la satisfacción del cliente, a las tecnologías de los servicios de salud, a la existencia de un sistema de referencia preestablecido, a la accesibilidad de los servicios, a la formación de recursos humanos, a las necesidades de salud de la población, a la adhesión al tratamiento, a los aspectos culturales y socioeconómicos de la clientela, entre otros (dos Santos & Penna, 2015).

En la APS, la resolutivez también está asociada al uso de recursos instrumentales y al conocimiento técnico y científico de los profesionales involucrados en el cuidado. Así como, a la acción de acogida, al vínculo establecido con el usuario, al significado que se da en la relación profesional/usuario, que sugiere el encuentro de sujetos: uno que ofrece y el otro que recibe, con el sentido de actuar en el campo de la salud (Franco & Magalhães Júnior, 2003).

Aunque todos estos aspectos mencionados son importantes e interactúan entre sí para lograr la resolutivez de los servicios de salud, algunos autores enfatizan puntos aislados por su alcance o dificultades. Como en el estudio de Costa et al. (2014) que tuvo como objetivo discutir la capacidad de resolución de problemas de la atención a la salud en la APS a partir de los discursos de los profesionales de la salud, que reveló que la comprensión de la capacidad de resolución de problemas de la atención es fundamental para que los servicios de salud sean reorganizados con calidad, a través del uso del análisis de satisfacción del

usuario como referencia para que los profesionales y gerentes de salud realicen un autoanálisis de sus procesos de trabajo y así propongan intervenciones más adecuadas, en función de las necesidades y expectativas sobre el servicio.

En otro estudio sobre la resolutiveidad en sus aspectos de acceso, accesibilidad y demanda en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), desde la perspectiva de los profesionales de salud y usuarios de servicios, se demostró que el alcance de la capacidad de resolución de problemas fue impedido por las demandas diarias en la ESF y las limitaciones de acceso, lo que evidenció las dificultades enfrentadas por los equipos debido a la baja cobertura poblacional, alto número de personas registradas, baja resolución, falta de profesionales, ineficacia de la gestión y escasez de acciones programadas (Chávez et al., 2020b).

La PNAB hace referencia a una serie de factores relacionados con la ampliación de la resolutiveidad en la APS, señalando el uso de recursos de diversas naturalezas, tales como: uso y articulación de diferentes tecnologías para la calidad de la asistencia; uso de la clínica ampliada; recomendaciones sobre el funcionamiento de las USF que favorezcan el acceso; oferta de amplia gama de servicios a ser ofrecido en las USF; la consideración de políticas y programas prioritarios; realización de estudio por los gestores municipales de las demandas en salud del territorio y los tipos de ofertas de las USF para medir su capacidad resolutive; monitorear la satisfacción del usuario; realización de encaminamientos de manera calificada; uso de herramientas que apoyan y califican la atención (herramientas clínicas ampliadas, gestión clínica y promoción de la salud) y acciones de educación permanente para los equipos multidisciplinarios de la ESF (Brasil, 2017a).

Con respecto al uso de tecnologías de salud, pueden considerarse esenciales para el desempeño de los procesos de trabajo de los equipos de salud de la familia. Brasil (2016) menciona que las tecnologías en salud son esenciales para un mayor beneficio tanto para los pacientes como para sus cuidadores y familiares en la atención de salud. Caracterizándose también por la aplicación de conocimientos cuyo objetivo es promover la salud, prevenir y tratar enfermedades y rehabilitar a las personas, que puede ser ejemplificada como medicamentos, productos para la salud, procedimientos, sistemas organizativos, educativos, de información y apoyo y los programas y protocolos asistenciales a través de los cuales se prestan cuidados y asistencias a la población. Están presentes en todo el proceso asistencial de los servicios de salud, desde la prevención de enfermedades hasta el tratamiento y recuperación de la salud de las personas.

Desde esta perspectiva, las acciones y servicios de salud desarrollados en la APS se basan en tecnologías de salud, donde, su uso correcto frente al desempeño de los equipos de salud provoca mejoras en la calidad del cuidado y en su capacidad resolutive. Según Merhy (2002 citado en Santos et al., 2016, p. 15), las tecnologías de salud se clasifican en tres tipos: tecnologías leves, que son las tecnologías relacionales, como las de la producción de

vínculos, acogida y autonomización; Las leve-duras, es decir, las tecnologías-saberes, que son los conocimientos estructurados que operan en el proceso de trabajo en salud, como clínica médica, pediátrica, clínica psicoanalítica, epidemiología entre otras y las tecnologías duras, que son las máquinas-herramientas, como equipos, aparatos, normas y estructuras organizacionales. La importancia que cada uno alcanza depende de su relación con el problema y la salud del usuario y cómo se utilizará para resolver la necesidad de salud.

Al correlacionar el uso de tecnologías de salud en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), Moura et al. (2014) señala la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud y a los formadores de recursos humanos en salud para el debate sobre las tecnologías utilizadas en la ESF, proporcionándoles subsidios para la reflexión sobre la organización del proceso de trabajo, en busca de mejorar la calidad de la atención producida por ellos y sobre la importancia de que estos profesionales conozcan y se actualicen sobre los constantes avances que se producen en estas tecnologías y cómo pueden incorporarlos a sus prácticas, ya que, en los procesos de trabajo, estas tecnologías están entrelazadas en todo momento.

En este sentido, se evalúa que las tecnologías sanitarias se presentan como una capacidad creativa, que, a través de las acciones desarrolladas por la ESF, busca responder a las demandas de los usuarios, en ese momento único de su existencia, ofreciendo un servicio con escucha y acogida, siendo empático y resolutivo. Así, estas tecnologías emergen como un conjunto de propuestas terapéuticas articuladas que valoran los aspectos biomédicos, la formación de vínculos, la participación de diversos actores y diferentes sectores de la comunidad, responsabilizándose conjuntamente en la construcción de la atención integral (Mielke & Olschowsky, 2011).

De acuerdo con la literatura, la calidad de la atención de la APS está inicialmente relacionada, según Brasil (2015), con la interpretación de la APS como el nivel primario del sistema de atención de salud, con el fin de comportarse como organizador y puerta de entrada al sistema y centralizado en su función de resolución sobre los problemas de salud más frecuentes, con el fin de minimizar los costos económicos y satisfacer las demandas de la población, restringida a acciones que están dentro de su competencia, para que pueda lograr una atención de calidad, lo que solo será posible cuando sus siete atributos estén siendo operacionalizados en su totalidad.

Starfield (2002) enumera y define estos atributos de la siguiente manera: Como atributos esenciales, 1. El primer contacto, que implica accesibilidad y uso de servicios para cada nuevo problema o nuevo episodio de un problema para el cual se busca atención médica; 2. Longitudinalidad, que constituye la existencia de cuidados regulares por parte del equipo de salud y su uso consistente en el tiempo, en un ambiente de relación mutua de confianza y humanizada entre el equipo de salud, los individuos y las familias; 3. Integralidad, que significa

la prestación por parte del equipo de salud de un conjunto de servicios que satisfagan las necesidades de la población inscrita en los campos de promoción, prevención, cura, atención, rehabilitación y paliación, responsabilidad por la prestación de servicios en otros puntos de atención de salud y el reconocimiento adecuado de los problemas biológicos, problemas psicológicos y sociales que causan enfermedades y 4. La coordinación, que connota la capacidad de garantizar la continuidad de la atención, a través del equipo de salud, con el reconocimiento de problemas que requieren seguimiento constante y se articula con la función de centro de comunicación de las RAS.

En los atributos derivados, el mismo autor continúa señalando lo siguiente: 1) El enfoque en la familia, que requiere considerar a la familia como sujeto de cuidado, lo que requiere interacción del equipo de salud con esta unidad social y conocimiento integral de sus problemas de salud y las formas singulares de enfoque familiar; 2) Orientación comunitaria, que significa el reconocimiento de las necesidades de las familias debido al contexto físico, económico y social en el que viven, lo que requiere un análisis situacional de las necesidades de salud de las familias desde una perspectiva poblacional y su integración en programas intersectoriales para hacer frente a los determinantes sociales de la salud próxima e intermedia; 3) Competencia cultural, que exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población que respete las singularidades y preferencias culturales de las personas y sus familias.

Todavía en el panorama de la APS, para contemplar una buena capacidad resolutive, es necesario considerar la complejidad de las demandas que pueden presentarse en sus entornos. Sobre este punto, Merhy & Feuerwerker (2016) revelan que el enfoque de la complejidad de estas necesidades de salud comienza con su definición/identificación. Porque, la mirada científicamente armada, tanto por clínica como por epidemiología, tiende a definir técnicamente qué necesidades de salud se consideran legítimas y prioritarias, que deben ser objeto de la acción de los servicios de salud, en los que las necesidades percibidas por los usuarios son juzgadas y catalogadas como adecuadas o no al tipo de servicio ofrecido. Por lo tanto, los usuarios deben comprender dónde estará la puerta para presentar sus quejas, independientemente de las respuestas disponibles y las que imaginen que necesitan. Porque, a pesar de la promesa de asumir la responsabilidad de un territorio determinado y presentarse como una "puerta de entrada", los equipos de salud de la familia están extremadamente estresados ante una demanda espontánea, que no "encaja" en las prioridades en torno a las cuales se organiza la provisión de acciones programadas.

Por lo tanto, en esta coyuntura, la APS puede presentar una dicotomía entre alta resolutive versus baja resolutive, al tener la capacidad de satisfacer o no las demandas de salud presentadas, cuando desempeña su papel como primer contacto del sistema de salud. Por esta razón, la APS necesita ser reconocida como un sitio de atención primaria, pero

no dejan de ser complejos. Según Mendes (2012), los cuidados primarios se ocupan de las condiciones de salud más frecuentes, pero eso no significa que esas condiciones sean necesariamente más sencillas. Hay condiciones simples que se presentan en la APS, pero también hay otras condiciones que son de manejo muy complejo. Esta visión simplificada de la APS expresa, en gran parte, un malentendido de la naturaleza compleja de la demanda de atención primaria. Lo que, en general, reduce la demanda en APS para la atención de eventos agudos (demanda espontánea) y condiciones crónicas (demanda programada) y a veces con la demanda de atención preventiva.

Por lo tanto, considerando la APS de acuerdo con su complejidad, con respecto a la estructura, acciones, servicios y procesos que debe tener para adaptarse a las demandas de salud, es esencial que este nivel de atención alcance realmente su potencial de resolución de problemas. Entre los factores relacionados con el aumento de la capacidad de resolución de problemas, señalados en la literatura, existe un enfoque diversificado, sin embargo, todos ellos están orientados a la oferta de demandas de salud de los individuos y sus colectividades.

6.9.1 Propuesta de organización de la atención primaria de salud (APS) para aumentar la resolutivez en la perspectiva de las demandas de salud

El Ministerio de Salud de Brasil, con miras a proporcionar subsidios para la reestructuración de la APS, con el fin de calificar su atención y favorecer su poder resolutivo frente a las demandas de salud, propone la reorganización de la APS con respecto a los cambios estructurales en el microprocesamiento macro y básico en este nivel de atención. Y para este alcance, ofrece una propuesta metodológica para el proceso de construcción social de la APS a partir de la metáfora de una casa, que se refiere a que cada cambio propuesto se refiere a un elemento estructural (cimentación, paredes, techo, puertas y ventanas), donde, una vez completamente construido, su resultado final será el alcance del equilibrio entre la estructura de oferta y la estructura de la demanda.

Corroborando esta propuesta, Mendes (2015), en su trabajo titulado "La construcción social de la Atención Primaria de Salud", en la metáfora sugerida, describe que la estructuración de la casa comienza por su fundación, que son los cambios necesarios en la estructura y en los macros y microprocesos básicos de la APS. En cuanto a la estructura, implica la adecuación con garantía de consultorios, espacios para actividades grupales, sala para primeros cuidados y eventos agudos y otros espacios necesarios para la organización de macroprocesos asistenciales y recursos humanos que involucran equipo multiprofesional, que excede la formación habitual de la ESF, con otras formaciones como trabajador social, farmacéuticos clínicos, nutricionista, fisioterapeuta entre otros, con un tamaño de uno a cada tres equipos de ESF. Además de garantizar la oferta de todos los equipos y materiales

previstos en la cartera de servicios de APS.

En cuanto a los macros y microprocesos básicos de la APS, los macroprocesos son todos aquellos que apoyarán la satisfacción de las diversas demandas de la población. Ellos son: la territorialización, el registro de las familias; la clasificación del riesgo familiar; diagnóstico local; la estratificación del riesgo poblacional y la identificación de las subpoblaciones por factor de riesgo o condiciones de salud, de acuerdo con su complejidad; programación, supervisión y contractualización; la agenda de atención; la organización de la cartera de servicios de la unidad. Los microprocesos, por otro lado, son aquellos que garantizan condiciones para la prestación de servicios de calidad, especialmente en el aspecto de seguridad de los usuarios. Son: recepción, acogimiento y preparación; vacunación; curativo; farmacia; colección de exámenes; procedimientos terapéuticos; higiene de manos; higiene y esterilización de equipos y entornos; y gestión de desechos.

Siguiendo en la metáfora de la casa y con referencia en la misma autoría de Mendes (2015), los macroprocesos de atención a eventos agudos corresponden a la construcción de una de las paredes. Por eventos agudos, se considera la suma de condiciones agudas, agudizaciones de las condiciones crónicas y condiciones generales e inespecíficas que se manifiestan agudamente. La organización de macroprocesos de atención a eventos agudos sugiere implementar los procesos de acogimiento y clasificación de riesgos. Es decir, organizar, bajo la protección del cuidado centrado en la persona, una acogida eficaz y humanizada.

La construcción de otra pared son los macroprocesos de atención a condiciones crónicas no agudas, las personas hiperusuarias y las enfermedades. Estos perfiles se ponen juntos porque se consideran de la misma naturaleza. Su afrontamiento requiere la implementación de los siguientes procesos: el manejo de la condición de salud crónica; gestión de casos de condiciones de muy alta complejidad; estratificación del riesgo; la preparación y seguimiento de planes de autocuidado; la gestión de riesgos de la atención con un enfoque en la seguridad de los usuarios; la educación continua de los profesionales de la salud; la educación en salud de las personas usuarias utilizando tecnologías como grupos operativos, educación popular y otras; la introducción de nuevas formas de reuniones clínicas, como la atención continua, la atención grupal compartida y la atención entre pares; apoyo matricial entre generalistas y especialistas; la atención a la distancia; y la preparación y el uso rutinario del mapa de recursos comunitarios.

Los macroprocesos de atención preventiva, a su vez, representan la construcción del techo de la casa. Se centran en la prevención de factores de riesgo proximales y factores de riesgo biopsicológicos individuales. Implican la implementación de los siguientes comportamientos: uso de tecnologías para prevenir factores de riesgo próximos como el control del tabaco, la reeducación alimentaria, las actividades físicas, el control del alcohol y

otras drogas, el control del sobrepeso o la obesidad; seguimiento respaldado por pruebas científicas; control de factores de riesgo individuales modificables; y prevención cuaternaria. También involucra los macroprocesos de demandas administrativas. La demanda administrativa es aquella que tiene un carácter no clínico, como certificados médicos, renovación de recetas y análisis de resultados de exámenes. Se realiza a través del mapeo de los procesos de solicitudes de certificado, entregas y análisis de exámenes complementarios y renovaciones de ingresos, rediseño de estos procesos, preparación de Procedimientos Operativos Estándar (POE) relacionados con ellos, la implementación de POE y su auditoría periódica, interna y externa.

La colocación de las puertas de la casa corresponde a los macroprocesos de atención domiciliaria. Implica todo tipo de asistencia ofrecida en el hogar. Se realiza en relación con sus principales componentes involucrados en la APS: visita domiciliaria, atención domiciliaria, estancia domiciliaria con el uso de tecnologías de apoyo, monitoreo y vigilancia domiciliarios. Para cada uno de estos procesos, los procesos son el mapeo, el rediseño de estos procesos, la elaboración de los POE's, la implementación de los POE's y su auditoría periódica, interna y externa.

Otro componente, una ventana, son los macroprocesos de autocuidado soportado. Están relacionados con la prestación de asistencia a las enfermedades crónicas, con el propósito de ayudar a la capacidad de autocuidado, a través de servicios educativos e intervenciones de apoyo.

Una segunda ventana son los macroprocesos de cuidados paliativos, con la oferta de asistencia a los usuarios en situaciones finitas, con la aplicación de medidas de confort y dignidad. Para desarrollar adecuadamente los cuidados paliativos que respondan a las necesidades de las personas con condiciones muy complejas y sus familias, es esencial que la APS esté en red con otros puntos de atención de salud y que se realice un trabajo multiprofesional e interdisciplinario.

El resultado de la casa "lista", propuesto bajo la autoría de Mendes (2015), tiene como objetivo implicar la mejora de la estructura para la atención primaria y la implementación de todos los macroprocesos establecidos en el proceso de construcción social de la APS, en los que se establecerá una situación equilibrada entre la estructura de la demanda y la estructura de la oferta. Por la calidad estructural y los procesos de trabajo, la APS tiene su capacidad de resolución de problemas mejorada frente a las demandas de salud que surgen en su entorno.

6.9.2 Propuesta para organizar el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) como mecanismo para ampliar la resolutivead

Otro factor relacionado con la resolutivead en la APS se refiere a sus formas de

acceso, que deben ser garantizadas y fáciles para quienes lo buscan. El acceso se predice como un atributo de la APS y su alcance apoya la calidad de la asistencia. En Mendes (2019) en su trabajo titulado "Desafíos del SUS", basado en una serie de estudios sobre la importancia del acceso adecuado a la APS, presenta una propuesta metodológica con el objetivo de organizar el acceso en este nivel de atención. La literatura utilizada para la elaboración de este guión está compuesta por (Mendes, 2012; Instituto de Medicina, 2015; Litvak, 2015; Murray, 2015 e Institute of Healthcare Improvement, 2016, citado en Mendes, 2019, p. 558).

En esta propuesta, se definen seis principios básicos para el acceso a los servicios de salud en las dimensiones de la atención de salud, entre ellos la APS. Así, el acceso a los servicios de salud se formaliza sobre la base de seis principios: el primer principio es el equilibrio entre la oferta y la demanda; el segundo principio es la atención inmediata de los usuarios y sus familias; el tercer principio son las preferencias de los usuarios, a quienes se anima a expresar sus preferencias durante la atención interactiva; el cuarto principio es el uso de una atención adaptada a las necesidades de los usuarios; el quinto principio es el uso de planes de contingencia y el sexto principio es la evaluación continua (Instituto de Medicina, 2015 citado en Mendes, 2019, pp. 558 - 559).

Una vez establecidos los criterios que facilitan el acceso a los servicios de APS, según Mendes (2019), las siguientes conductas pueden ser consideradas como agentes facilitadores para su adecuado acceso: 1) oferta de demandas de programación en APS desde otras opciones además de la demanda presencial, como teléfono, correo electrónico u otras formas a distancia; 2) adopción de microsistemas de atención clínica por parte del equipo de salud y toda la estructura de recursos humanos que componen las USF, con el fin de lograr una atención de calidad, identificando los nodos críticos y las acciones necesarias para reducirlos; 3) elaboración de análisis situacional del acceso por parte de los equipos de salud de la familia, a través de acciones que involucren la identificación del equipo y su estructura disponible; análisis del perfil de los usuarios de ese territorio; análisis del propio equipo, carga de trabajo y cómo se encuentran sus procesos de trabajo y cuál ha sido el desempeño del equipo con respecto a la asistencia ofrecida; 4) organización de los procesos de trabajo con el fin de satisfacer la demanda de cada día en el mismo día que se genera; 5) desarrollar un plan de programación de demandas para que no acumule asistencias y así genere demora para los retornos; 6) creación de un plan de gestión de la oferta de servicios de UBS; 7) programación por bloque de horas, para atender a un número específico de personas, en un período determinado, con el fin de optimizar la atención y proporcionar resolución y reducir la demanda reprimida; 8) uso de una agenda abierta para asistir a los usuarios que buscan ser atendidos el mismo día de la búsqueda; 9) organización de colas en la USF; 10) planificar horarios de servicio alternativos, de acuerdo con el perfil de demanda.

Mendes (2019) sigue señalando las sugerencias para ampliar el acceso a la APS: 11) uso de mapas de flujo, para comprender el camino del usuario cuando busca atención; 12) planificación de los atendimientos; 13) estandarización de los consultorios y recursos materiales; 14) identificar y eliminar las dificultades en los atendimientos; 15) eliminación de pasos intermedios en los atendimientos, lo que da agilidad al servicio; 16) evitar la acumulación de tareas; 17) planificación de ofertas en paralelo, para llenar la escasez inesperada de asistencia; 18) equilibrar la oferta y la demanda según el perfil identificado; 19) estratificación del riesgo de condiciones crónicas no agudizadas; 20) identificación y atención adecuadas a las personas hiperusuarias; 21) programación de los atendimientos de retorno; 22) proporcionar una atención ampliada durante las consultas; 23) creación de alternativas de atención presencial, teleconsultas y comunicación electrónica; 24) elaboración de planes de contingencia en caso de escasez de profesionales o cambios en el perfil de las demandas; 25) gestión del tiempo de los profesionales; 26) autoevaluación de la satisfacción del equipo; 27) división de tareas entre los miembros del equipo de salud; 28) reuniones periódicas del equipo; 29) evaluación del acceso por satisfacción de los usuarios.

Todas las sugerencias mencionadas son consideradas actividades que amplían el acceso a la APS y, en consecuencia, favorecen que las necesidades de salud presentadas puedan ser recibidas de manera más eficiente, permitiendo que un mayor número de personas sean atendidas en unidades de salud de la familia, reduciendo el número de derivaciones innecesarias, así como contribuyendo para la optimización de la atención en los niveles secundario y terciario, por la reducción de la demanda cuantitativa de situaciones que puedan ser resueltas dentro de la APS.

Según Oliveira & Pereira (2013), se espera que los servicios de este nivel de atención sean accesibles y resolutivos frente a las principales necesidades de salud traídas por la población. Por lo tanto, es esencial utilizar estrategias o herramientas que sean facilitadoras y adecuadas al trabajo de gestión de los equipos de salud, como el enfoque multidisciplinario, la planificación de acciones, la organización horizontal del trabajo y la participación del proceso de toma de decisiones pueden ser determinantes para la calidad de la prestación de atención al primer contacto.

6.9.3 Modelo de acogida de las demandas de salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS)

La acogida en el escenario de la atención realizada en la APS, a través de los equipos de salud de la familia, también puede considerarse un factor central para la calidad de la atención a las demandas de salud, ya que representan la forma de recibir a los usuarios, cómo serán escuchados y cómo se estructurará la atención para que se resuelva el motivo de la

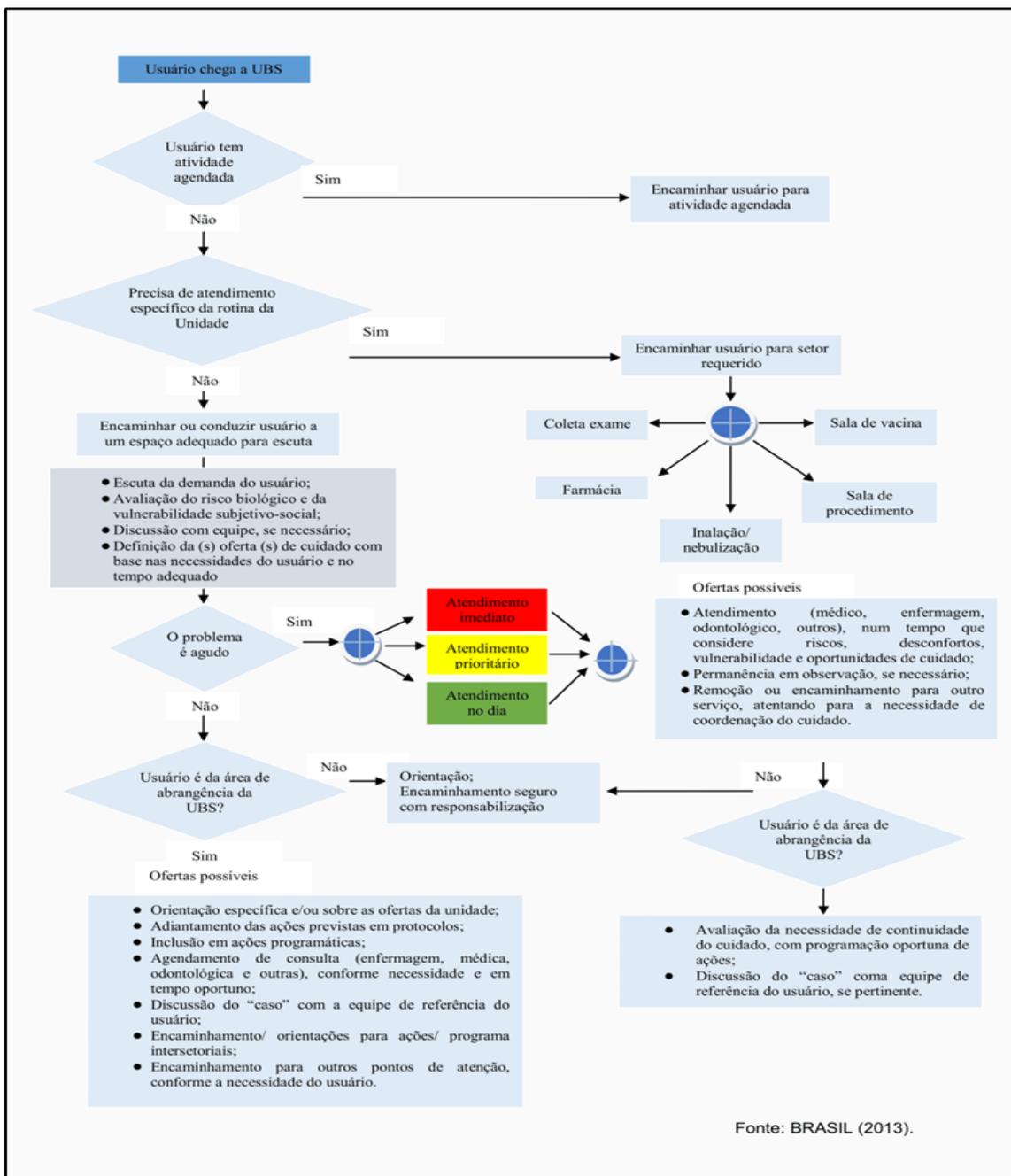
búsqueda. Puede caracterizarse como uno de los temas relacionados con el acceso a la APS y cuando se aplica de manera compartida, humanizada y planificada por todos los profesionales miembros de las USF, constituyen una herramienta que facilita la resolutiveidad en la APS.

Brasil (2013a) afirma que la acogida se considera un elemento clave para la atención de la APS, porque las situaciones y problemas de salud son de gran variabilidad, lo que requiere en todo momento la consideración de las dimensiones orgánicas, subjetivas y sociales del proceso salud-enfermedad-cuidado, para que las acciones ofrecidas tengan efectividad. Así, la acogida actúa como un mecanismo de ampliación del acceso, como postura, actitud y tecnología de cuidado y también como dispositivo de reorganización del proceso de trabajo en equipo, por recibir tanto las demandas espontáneas como las programadas adecuadamente.

La acogida según la PNAB (2017), debe estar presente en todas las relaciones de cuidado establecidas entre profesionales y usuarios de los servicios de salud, con evaluación de riesgos y vulnerabilidades. Destacando como acciones importantes la acogida con clasificación y estratificación de riesgos. También debe haber prioridad para atender casos urgentes y de emergencia, asegurando un apoyo adecuado a la situación hasta que el usuario sea acogido en otros puntos de atención de las Redes de Atención a la Salud (RAS) (Brasil, 2017a).

Figura 2

Modelo de flujograma de atención a usuarios en unidades básicas de salud.



Nota. Diagrama de fluxo con sugerencia de guión de atención que se utilizará a partir de la acogida del usuario en la Unidad Básica de Salud de la APS. En Acolhimento à demanda espontânea, nº 28, Volume I (p.28), de Brasil, 2013a. Copyright 2011, por Ministerio de Salud (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf).

La Figura 2 presenta un modelo de diagrama de flujo que puede ser utilizado como referencia para la organización del trabajo colectivo en la APS, que puede ser adaptado de acuerdo con la singularidad de los territorios, con la descripción de un modelo de itinerario de atención ideal a partir de la entrada del usuario que busca las unidades básicas de salud como

punto de contacto inicial para su cuidado.

Una vez que los usuarios son acogidos, la PNAB (2017) discute los posibles resultados derivados de la clasificación de riesgo realizada en las USF, que son: consulta o procedimiento inmediato; consulta o procedimiento a una hora disponible el mismo día; programación de consultas o procedimientos en una fecha futura, para los usuarios del territorio; procedimiento para resolver la demanda simple previsto en el protocolo; remisión a otro punto de atención de la RAS, mediante contacto previo; y orientación sobre territorialización y flujos de la RAS, con indicación específica del servicio de salud que debe buscarse, en el municipio o fuera de él, en demandas en las que la clasificación de riesgo no requiere atención al momento de solicitar el servicio.

En este contexto, todo el esfuerzo realizado por los equipos de salud de la familia, cuyo propósito es calificar la atención ofrecida, se basa inicialmente en el uso de una buena acogida y en la percepción y el conocimiento adecuados de todos los profesionales sobre el sistema. Además, en el proceso de recepción que se está llevando a cabo, también es necesario adoptar medidas que faciliten el acceso de todas las personas en el contexto de la APS y que las barreras de cualquier naturaleza puedan ser debidamente identificadas y corregidas, de acuerdo con la realidad de cada territorio asistido.

Brasil (2013b) corrobora esta necesidad, afirmando que es indispensable reflexionar sobre el acceso de la población a la APS, así como analizar los posibles factores que pueden favorecer o dificultar el ingreso del usuario al sistema de salud, en el que cita como ejemplo el número de usuarios por equipo, forma de organizar la demanda espontánea, ubicación del establecimiento, horas y días de servicio, infraestructura adecuada para el servicio, entre otros. Porque, en algunos servicios todavía es posible observar prácticas que resultan en restricción de acceso de la población, con colas para atendimientos, distribución de contraseñas, atendimientos por orden de llegada sin evaluación de riesgos y vulnerabilidades y no recepción de emergencias en unidades de salud.

6.10 Evaluación de la asistencia de salud en la atención primaria de salud (APS)

La APS por su papel esencial en las Redes de Atención a la Salud (RAS) necesita ser fortalecida, consolidada y con su poder resolutivo bien definido. Para ello, es fundamental que cumpla adecuadamente todas sus funciones y atributos previstos con excelencia, y así se produce en un efecto progresivo de buenos resultados en todos los niveles asistenciales (secundario y terciario). Por lo tanto, todas las acciones y servicios ofrecidos en su contexto deben ser evaluados adecuadamente y con evidencia bien establecida de efectividad, especialmente en lo que respecta a las tecnologías en salud. Además, como los cuidados son dinámicos y pueden variar según el lugar en el que se aplican y el perfil de quienes los reciben,

estas tecnologías pueden requerir ajustes, sustituciones o reorganizaciones, para que puedan ser realmente una fuente de buenos resultados de salud y transformación positiva de las condiciones de vida de la población, lo que sólo será posible con la incorporación de mecanismos de evaluación y monitoreo como parte de la rutina de trabajo en las UBS.

Esta afirmación puede ser observada por las colocaciones de Brasil (2005), que afirma que la evaluación como componente de la gestión de la salud tiene varios propósitos, entre ellos, apoyar los procesos de toma de decisiones dentro del sistema de salud; apoyar la identificación de problemas y la reorientación de las acciones y servicios desarrollados; evaluar la incorporación de nuevas prácticas de salud en la rutina de los profesionales y medir el impacto de las acciones implementadas por los servicios y programas sobre el estado de salud de la población. Cuando se inserta en el escenario de la APS, la evaluación es una función importante de la gestión y debe formar parte del conjunto de actividades realizadas por los gestores y equipos de salud, siendo entendida como un proceso crítico-reflexivo sobre las prácticas y procesos desarrollados en el ámbito de los servicios de salud, de manera continua y sistemática.

Con respecto a las formas de evaluación y monitoreo que pueden utilizarse en el marco de la APS, es necesario definir cada uno de estos elementos. Sousa (2018) define el monitoreo como el conjunto de esfuerzos empleados para el acompañamiento sistemático de cualquiera de los aspectos de una intervención determinada, a través de indicadores medidos a partir de la recopilación continua de datos. Y, define la evaluación, como el ejercicio de medir, comprender y juzgar los efectos de una intervención determinada, con el fin de apoyar las elecciones de la comunidad política en el proceso de toma de decisiones, ya sea en la etapa de formulación o implementación de la intervención evaluada. Por lo tanto, se puede decir que el monitoreo y la evaluación se complementan entre sí, en la medida en que las actividades relacionadas con los procesos de monitoreo pueden contribuir a la producción de información que subyace a la realización de los procesos de evaluación.

Comprender la importancia de los procesos de evaluación y monitoreo como herramienta de orientación para las prácticas de salud es el punto de partida para que su incorporación sea una realidad en todos los servicios de salud que son miembros del SUS. Oliveira & Reis (2016) afirman que el monitoreo y la evaluación, basados en la implementación del SUS en Brasil, deben ocupar un lugar destacado en las acciones que faciliten la identificación de los principales problemas de salud de las comunidades y la toma de decisiones consciente, eficiente y efectiva por parte de los gerentes, a través del uso de procesos, herramientas y tecnologías. Para ello, es necesario adecuar conocimientos y prácticas sobre la evaluación de la salud como actividad intrínseca a la rutina de los servicios, programas, acciones y políticas de salud, por parte de todos los actores asistenciales (gestores y profesionales de la salud).

En Brasil, los últimos años han estado marcados por la intensificación de las acciones relacionadas con el fortalecimiento de los procesos de evaluación en salud. Tomasi et al. (2021) hace un recorrido histórico de las principales iniciativas adoptadas por el Ministerio de Salud de Brasil, sobre los mecanismos de evaluación y monitoreo de la APS. Que comienza con la creación del Sistema de Información de Atención Básica (SIAB) en 1998, sobre la recopilación de datos de registro de la población e indicadores de atención a usuarios; El pacto de indicadores de atención primaria, en 1999, un instrumento para monitorear y evaluar las acciones y servicios de salud en la APS establecido en las tres esferas de gestión; En la década de 2000, con el Estudio de Línea Base (ELB), más tarde llamado PROESF (Proyecto de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia), que se implementó en grandes centros urbanos para investigar la calidad de la atención, como el acceso y la efectividad de las acciones de salud; La PNAB en 2006; El programa de mejora del acceso y calidad de la atención primaria (PMAQ), con la 1ª reformulación de la PNAB en 2011; programa más médicos en 2015; 2ª revisión de la PNAB en 2017 y actualmente “previene Brasil” en 2019.

Con los obstáculos identificados en el curso de estos procesos de evaluación a lo largo del tiempo, según la retrospectiva histórica abordada, Sella et al. (2020), señala que persiste un problema central en su inducción, cuyo impacto resume la calidad de la atención de salud, que se refiere a la forma en que se financia la APS en Brasil. La mayoría de los recursos corresponden a cuatro elementos: El Piso Fijo de Atención Básica (PAB) fijo, con la transferencia basada en la población residente de los municipios; Lo PAB Variable, referida a la transferencia por equipo inscrita en el Sistema Nacional de Registro de Establecimientos Sanitarios (SCNES); la transferencia para la inducción de otras estrategias en APS y la provisión profesional de Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Este sistema se basa en información auto reportada por los gestores municipales, que, a través de este escenario, fue necesaria para desarrollar una nueva propuesta de monitoreo y evaluación de la APS, más capaz de producir mejoras en la calidad de la APS.

En 2020, este modelo de financiamiento fue reemplazado por la forma más actual de transferencia financiera a la APS, denominado Programa Previene Brasil. Seta et al. (2021), señala los nuevos criterios adoptados para los pagos en APS, que son: la sustitución de pisos fijos y variables de atención básica (PAB) por capitación ponderada. Ya no existen transferencias regulares de base poblacional e incentivos para el costo de los equipos de APS, el Núcleo Ampliado de Salud Familiar (NASF) y el PMAQ. Pasa a ser considerado el registro de cada ciudadano en la UBS correspondiente. Existe un aumento en el valor per cápita y factor de ponderación para niños menores de 05 años o mayores de 65 años, beneficiarios de programas sociales de transferencia de ingresos, población de hasta dos salarios mínimos vinculados al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), mayor peso para los municipios rurales; Los incentivos del PMAQ serán reemplazados por transferencias

condicionadas al desempeño en siete indicadores que se instituirán en 2020, referentes a procesos y resultados en Salud de Mujeres Embarazadas, Mujeres, Niños y Enfermedades Crónicas. Para 2022, el número de indicadores llegaría a 21, con monitoreo sobre Tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Bucal, y finalmente, las transferencias vinculadas a acciones y programas de salud contenidos en lo PAB variable ahora formarán el eje de apoyo a programas estratégicos, como los Programas Salud en la Hora; Apoyo a la informatización y calificación de los datos de la APS - Informatiza la APS y el programa de capacitación en residencia médica o multiprofesional en odontología y enfermería en salud de la familia.

La secretaría de atención primaria de salud (SAPS) también se creó después del Decreto nº 9.795, del 17 de mayo de 2019, que inició la construcción de un nuevo modelo de evaluación, cuyo objetivo es inducir un proceso de mejora de los resultados de salud de la población, para orientar una mayor eficiencia en la inversión pública y la calidad del servicio prestado, además de aumentar la transparencia de los procesos de seguimiento y evaluación con gestores y profesionales, con el establecimiento de un periodo continuo e ininterrumpido de seguimiento de los resultados de todos los equipos de salud. Para cumplir con este objetivo, se creó un modelo de evaluación adecuado, basado en 02 modalidades (investigación evaluativa y monitoreo y evaluación). En la investigación evaluativa, son encuestas de muestras poblacionales de representatividad nacional en asociación con el instituto brasileño de geografía y estadística (IBGE) y el monitoreo y la evaluación se realizarán mediante el uso de la base de datos del sistema de información de salud para la atención básica (SISAB). Esto permitirá la identificación inequívoca del ciudadano y sus demandas con la APS a través del número del registro de persona física (individual) y el equipo relacionado con ello (Sellera et al., 2020).

Esta perspectiva basada en la relación entre las formas de financiamiento de la APS y la evolución de las prácticas de evaluación se justifica por la remuneración de la estrategia de salud de la familia por el desempeño de sus equipos, que sólo puede medirse a través del monitoreo de los indicadores de salud y la evaluación de los estándares de calidad. Por lo tanto, la transferencia de recursos está condicionada al desempeño de los servicios, lo que contribuyó a un fuerte impulso de la agenda nacional de monitoreo y evaluación en APS (Sousa, 2018).

Desde la perspectiva de Pereira (2017), el monitoreo se considera una actividad que está estrechamente relacionada con la etapa de implementación de una política, acción o programa de salud analizado, en el que la recolección de datos es periódica y relacionada con su desempeño. La agrupación, organización y análisis de indicadores son la principal forma de operar en los sistemas de monitoreo, al tiempo que permiten el monitoreo y la medición de aspectos inherentes a una política determinada y sus múltiples contextos de implementación.

Esta característica observada es fundamental como base de los estudios de políticas públicas en Brasil, ya que el proceso de formulación de estas políticas públicas requiere la disponibilidad de parámetros unificados que actuarán como referencia para su monitoreo en el territorio nacional, permitiendo un análisis comparativo y unificación de las metodologías de medición del desempeño, a pesar de la importancia de crear mecanismos de evaluación y monitoreo que consideren directamente las singularidades locales.

La PNAB (2017), sobre las acciones desarrolladas en la APS, aconseja que la gestión municipal y los equipos de salud de la familia incluyan procesos de evaluación y monitoreo en el ejercicio de sus actividades, con el objetivo de reajustar el proceso de trabajo y la planificación en relación con las necesidades, realidad, dificultades y posibilidades analizadas originadas de los mecanismos de evaluación. La planificación también debe considerar el reconocimiento de las realidades presentes en el territorio que influyen en la salud, condicionando las ofertas de las RAS de acuerdo con la demanda de la población, con base en parámetros establecidos en evidencias científicas, situación epidemiológica, áreas de riesgo y vulnerabilidad del territorio adscrito.

La planificación de las acciones de salud propuestas por los equipos debe considerar la lista de ofertas de acciones y servicios prestados en la APS y los indicadores y parámetros acordados en el ámbito del SUS. Los equipos que trabajan en la APS deben mantener actualizada la información para la construcción de los indicadores propuestos por la dirección, con base en los parámetros acordados, con el fin de alimentar digitalmente el actual Sistema de Información de la Atención Primaria (Brasil, 2017a).

En resumen, dadas las colocaciones realizadas, se observa que el uso de la evaluación y el monitoreo pueden considerarse herramientas esenciales para cambiar los escenarios negativos en los servicios de salud de la APS. Sin embargo, sus propósitos van más allá del cumplimiento de indicadores de salud acordados por todas las esferas de gestión, sino que también se enfocan como un instrumento capaz de guiar a los equipos de salud a reflexionar sobre sus debilidades y potencialidades, en cualquier aspecto que consideren necesario conocer, así como participar en la planificación de la salud y el análisis del desempeño, frente a diferentes aspectos de la asistencia cuidado a la salud.

Es decir, según Tanaka & Tamaki (2012), la evaluación es una herramienta de apoyo para la gestión de los servicios de salud, con el objetivo de orientar la calidad en la toma de decisiones. La gestión, al involucrar el objetivo de lograr la mejora del funcionamiento de las organizaciones, necesita combinar todos los recursos disponibles para lograr sus objetivos. En la APS, significa alcanzar la calidad óptima de la atención, reflejada en la capacidad adecuada para recibir y resolver las demandas de salud, a través de la formalización de la estructura, procesos, rutinas, flujos y procedimientos.

Por lo tanto, el papel de la evaluación en el proceso de gestión es proporcionar la toma

de decisiones, lo que proporciona el aumento de la eficiencia, eficacia y efectividad de las actividades desarrolladas, y debe convertirse en una práctica permanente en la práctica de los servicios.

6.10.1 Evaluación de la resolutivez en la APS

Como se explicó, la evaluación de la salud puede interpretarse como un instrumento de alta importancia para la mejora y el fortalecimiento de la APS. Por eso, su uso ha sido estimulado en varios escenarios vinculados a la atención ofrecida en este nivel de atención, especialmente la Estrategia Salud de la Familia. Cuando se realiza el abordaje de los procesos de evaluación y monitoreo en la APS, se observa que su aplicación puede dirigirse a elementos específicos relacionados con el cuidado, pero que tienen como objetivo asignar un juicio de valor sobre el aspecto evaluado, de modo que se pueda obtener, a partir de este resultado, la posibilidad de replanificar acciones y servicios. En este sentido, un proceso evaluativo centrado en la directriz de resolutivez, de acuerdo con su concepto establecido a través de la PNAB 2017, podría permitir verificar si este ítem se está logrando plenamente en la APS (Brasil, 2017).

A modo de ejemplo, la capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud puede considerarse una forma de evaluar estos servicios a partir de los resultados obtenidos por lo atendimiento de los usuarios de los servicios. Se puede evaluar por dos aspectos: el primero, dentro del propio servicio, en cuanto a su capacidad para satisfacer su demanda y para remitir casos que requieren una atención más especializada. El segundo, dentro del sistema de salud, que se extiende desde la consulta inicial del usuario en el servicio de APS hasta la solución de su problema en otros niveles de atención a la salud (Turrini et al., 2008).

Sin embargo, aunque la capacidad de resolución de problemas puede ser evaluada en estas dos dimensiones mencionadas, se percibe que esta evaluación abarca la capacidad del servicio para aceptar todas las demandas de salud que se presentan en el entorno de las USF, para referir aquellas que exceden su competencia establecida y para acompañar al usuario a lo largo de las RAS, hasta la resolución final de su problema, curación o control, y también se puede evaluar en aspectos específicos.

Así, en este enfoque específico, la resolutivez puede ser verificada con respecto a factores particulares relacionados con su alcance, como la presencia de atributos esenciales y derivados, que, directa o indirectamente, están relacionados con la capacidad de resolución de problemas de un servicio de APS. También puede verificar sobre un determinado escenario de atención, como la atención ofrecida a usuarios con trastornos mentales, usuarios con necesidades especiales, o enfocados a ciertos públicos, como ancianos, mujeres embarazadas, puericultura, entre otros, así como para ciertos procedimientos (vacunas,

apósitos, administración de medicamentos, provisión de medicamentos, entre otros), acceso a consultas médicas, de enfermería, visitas domiciliarias, etc.

En Brasil, la literatura indica que las principales formas de evaluación de la capacidad de resolución de problemas están relacionadas con el uso de indicadores, a través de la implementación del PMAQ-AB (Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria), que según Brasil (2014) fue un programa establecido por la ordenanza nº 1.654 de 19 de julio de 2011, como producto de un importante proceso de negociación y concertación de las tres esferas de gestión del SUS, cuyo objetivo era inducir la ampliación del acceso y la mejora de la calidad de la atención primaria, con la garantía de un estándar de calidad comparable a nivel nacional, regional y local, a fin de permitir una mayor transparencia y eficacia de las acciones gubernamentales dirigidas a la Atención Primaria de Salud, en el que entre los diversos desafíos que pretendía superar estaba la baja integralidad y capacidad de resolución de problemas de las prácticas, con la persistencia del modelo de queja- conducta, atención prescriptiva, procedimiento-médico-centrado, centrado en la dimensión biomédica del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Después de su implementación, se obedeció a las etapas que consistieron en su estructuración, representadas por 04 etapas (adhesión y contractualización; desarrollo; evaluación externa y recontractualización), formando un ciclo que se completaba. Esta estructura duró 02 ciclos y el 3º comenzó a estar compuesto por 03 fases (contractualización, certificación y recontractualización), períodos que se extendieron de 2011 a 2019, cuando se decretó su finalización. Sin embargo, es importante destacar que, durante su permanencia como acción para mejorar la calidad de la APS, trajo innovaciones en el financiamiento en este nivel de atención, al adoptar evaluaciones para realizar transferencias financieras, a través de indicadores y metas establecidas (Rodrigues et al., 2021).

Entre los indicadores propuestos a partir del PMAQ-AB, estuvo el eje de resolutiveidad, que fueron utilizados por los profesionales de la salud, del sistema de información en salud para la atención básica (SISAB/e-SUS AB). El Eje tuvo como objetivo evaluar la capacidad de los equipos de APS para reconocer las necesidades de salud de la población. Los indicadores seleccionados fueron: 1) Porcentaje de referencias a servicios especializados y 2) Relación entre tratamientos completados y primeras consultas odontológicas programadas. Con los siguientes parámetros esperados respectivamente: 5% a 20% de derivaciones de médicos a especialistas y 0,5 a 1,0 tratamientos completados por mes (Brasil, 2017b).

La literatura también cita otra forma de evaluación de la resolutiveidad, basada en un indicador indirecto relacionado con la calidad de la atención de la APS, que se refiere al índice de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (ICSAP). Según Alfradique et al. (2009), este es un indicador de la actividad hospitalaria que representa un conjunto de problemas de salud que podrían tener disminuidos sus riesgos de

hospitalizaciones si hubiera la acción efectiva de la APS sobre ellos. Las actividades requeridas estarían relacionadas con la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento precoz de patologías agudas, control y seguimiento de patologías crónicas, que, una vez utilizadas adecuadamente, podrían generar como consecuencia la reducción de los ingresos hospitalarios por estos problemas.

Así, la APS, cuando es resolutoria e integral, es capaz de generar una reducción en las tasas de estas hospitalizaciones, a medida que la ESF se expande en todo el país, asociada a una atención adecuada y de buena calidad. Se pueden encontrar varios estudios que tienen como referencia la evaluación de la resolutoridad a partir del indicador ICSAP en la literatura científica. A ejemplo del estudio realizado por Santos et al. (2022), que buscó analizar la tendencia temporal de las ICSAP en Brasil de 2010 a 2019, por sexo, regiones, causas y grupos de edad, cuyos resultados mostraron que hubo una reducción importante en las tasas de hospitalización por causas sensibles a la atención primaria en el período analizado por ambos sexos, grupos de edad y regiones. Entre las causas, las gastroenteritis tuvieron la mayor disminución. Estos resultados reflejan mejoras en el desempeño de la APS, pero también en las condiciones generales de vida de la población.

Otro enfoque de las formas de evaluar la guía resolutoridad ocurre en cuanto a la identificación de factores relacionados con su alcance, es decir, se evalúa la resolutoridad por sus condicionantes, en los que la presencia de elementos reconocidos como promotores de resolución de problemas se convierte en objeto de los estudios, generando la comprensión de que su presencia genera consecuentemente una mayor resolución en el sitio evaluado. Las investigaciones se relacionaron con diversos factores, pero generalmente vinculados a atributos de la APS, como el acceso, la recepción, la integralidad y la coordinación de la atención, así como la investigación sobre el grado de resolución de los servicios de APS relacionados con audiencias específicas, como niños, mujeres embarazadas, ancianos, personas con trastornos mentales, entre otros.

Se pueden mencionar algunos ejemplos para corroborar los diferentes enfoques mencionados. En el estudio de Rotoli et al. (2019) que buscó evaluar la resolutoridad en la asistencia de usuarios con trastornos mentales, con respecto a la atención ofrecida por profesionales de la salud en tres unidades de salud en Rio Grande do Sul / Brasil, comprobó que se encontraron muchas dificultades en la asistencia, como poca base teórica para sustentar el servicio ofrecido, referencias innecesarias, incumplimientos de los pacientes al tratamiento y comunicación ineficaz con otros niveles de atención. Otro estudio, realizado por Terra et al. (2022), con el objetivo de identificar la resolutoridad con respecto a la accesibilidad y el tiempo transcurrido para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, en Minas Gerais/Brasil, también identificó la baja resolución en el contexto del acceso y el tiempo tardío de diagnóstico y tratamiento en la APS como el lugar de primera elección de los usuarios con

síntomas de esta enfermedad.

En el estudio realizado por Silva et al. (2019) cuyo objetivo general fue analizar las condiciones de acceso y acogida en la APS en la región de salud del bajo Amazonas, ubicada en el Oeste de Pará (Brasil) desde la perspectiva de los equipos de salud y usuarios, utilizando datos de PMAQ-AB como fuente de datos, demostraron algunos avances notables en el proceso de trabajo de los equipos en relación con las formas de programación, Unidades Básicas de Salud (UBS) cercanas a los domicilios de los usuarios, horarios de apertura e implementación de la acogida. Sin embargo, persisten las dificultades en la organización de la agenda y la necesidad de formularios y cola para que el usuario llegue al servicio.

Otro ejemplo proviene del estudio de Galvão et al. (2019) con el objetivo de evaluar la organización y el acceso a la Red de Atención en Salud en una región de salud, desde la perspectiva de usuarias con lesión intraepitelial escamosa de cuello uterino de alto grado, en la región Nordeste de Brasil, que incluyó análisis de la APS. Los resultados mostraron que las mujeres utilizaron la APS como un servicio regular de búsqueda de acciones preventivas y de atención, pero citó barreras para el acceso a consultas médicas, especialmente en áreas rurales. Se observaron evaluaciones positivas en cuanto a la acogida y representación de la unidad básica de salud (UBS) como lugar disponible para la atención. La percepción de baja resolución de la APS se relacionó con el retraso en la programación de las referencias al especialista, el suministro irregular / insuficiente de medicamentos y la rotación de los médicos.

Un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la APS fue revisado por el ministerio de salud de Brasil en 2020. Se trata de la herramienta de evaluación de atención primaria: PCATool-Brasil - 2020 (PCATool - Brasil), cuyo propósito es medir la presencia y extensión de los cuatro atributos esenciales y los tres atributos derivados de la APS. El PCATool-Brasil también permite, a través de la investigación en servicios de salud (y en entrevistas domiciliarias), aplicada por entrevistadores capacitados, identificar aspectos de estructura y proceso de servicios que requieren reafirmación o reformulación en la búsqueda de calidad tanto para la planificación como para la ejecución de acciones de APS. El Ministerio de Salud optó por reemplazar el programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ-AB) por un instrumento con evaluación de propiedades psicométricas y reconocimiento de amplio uso nacional e internacional, que puede ser utilizado en investigaciones académicas, como un instrumento para evaluar y monitorear la calidad de la APS en el ámbito rutinario de los equipos de salud de la familia, así como los diversos niveles de gestión pública de la APS en Brasil e incluso en los servicios privados (Brasil, 2020).

Aunque todas las formas referidas como mecanismo para evaluar la capacidad de resolución de problemas son importantes y válidas, se verifica que todos los ejemplos

mencionados proporcionan una base para identificar la calidad de la atención en entornos de las USF y la reflexión por asociación entre factores relacionados con esta calidad con el grado de resolutivez. Sin embargo, es necesaria una forma de evaluar más específicamente el grado de resolución en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, según lo establecido por el Ministerio de Salud, que dice que del 80% al 90% de las necesidades de salud presentadas por la población en una USF pueden resolverse en este nivel de atención (Brasil, 2021b).

Por lo tanto, es importante establecer un tipo de evaluación que contemple esta recomendación sobre la capacidad de resolución de problemas y que de hecho identifique si esta capacidad se está logrando o no, y para ello, es necesario incluir una metodología que considere todas las llamadas solicitadas en la UBS, la conducta tomada a través de solicitudes y el registro de casos no resueltos y así, si tiene una forma cuantificable sobre la capacidad resolutivez del servicio evaluado.

CAPITULO 3

7 Metodología

7.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de desarrollo metodológico, con abordaje cuantitativo, del tipo de instrumento de validación, para evaluar el grado de resolutivez de la atención primaria de salud (APS), a través del desempeño de la estrategia salud de la familia (ESF), en forma de lista de verificación (*checklist*). El presente estudio se basó en la construcción de un nuevo instrumento de evaluación para el contexto de la APS, centrándose en la capacidad de resolución de problemas de los servicios ofrecidos (resolutivez), como una herramienta para la evaluación sistemática de las características relacionadas con el logro de esta directriz, de acuerdo con el concepto establecido por la PNAB 2017, en el que los equipos de salud de la familia, los gestores e investigadores del área, pueden medir el grado de capacidad resolutivez de la atención, a través del análisis de la presencia o ausencia de características resolutivez para el buen desempeño de los profesionales, que deben estar presentes en sus territorios de operación, con el objetivo de reformular y planificar las acciones de salud.

7.2 Unidad de análisis del estudio

La unidad de análisis está representada por la atención primaria de salud (APS) de acuerdo con su modelo principal de atención, la estrategia salud de la familia (ESF), y teniendo como referencia la directriz resolutivez en los servicios de este nivel de atención, establecida a través de la Política Nacional de Atención Básica (2017) y de manera complementaria en manuales del ministerio de la salud y la literatura científica nacional e internacional sobre los conceptos y criterios de resolutivez considerados para los servicios de salud de nivel primario.

7.3 Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el sistema CEP/CONEP - comité de ética en investigación y comisión nacional de ética en investigación por plataforma Brasil, que es una base de datos nacional y unificada de registros de investigación con seres humanos, a través del dictamen nº (CAAE 37064920.3.0000.8707) (ANEXO B). Todos los sujetos involucrados en el estudio, evaluadores (especialistas/jueces) y profesionales de la APS, firmaron el formulario de consentimiento libre y aclarado (FCLA)

(APÉNDICE E y F). En cuanto a los riesgos relacionados con el estudio, fueron principalmente de naturaleza moral, debido a la posibilidad de invasión de la privacidad; divulgación de datos confidenciales y pérdida de tiempo de los participantes en la encuesta. Sin embargo, fueron minimizados a través de la atención con los datos adquiridos, con el secreto absoluto de las identidades de los participantes y la explicación sobre la importancia de la investigación para la calificación de los servicios de salud.

En cuanto al beneficio del presente estudio, tenemos la disponibilidad de un instrumento que será útil para medir el grado de resolutivez de la atención primaria de salud, cuyos resultados pueden servir como subsidio para intervenciones o reformulación de estrategias para optimizar la atención a los usuarios.

7.4 Construcción del instrumento de evaluación de la resolutivez en la APS (IAR-APS)

El instrumento fue construido con el fin de contemplar el objetivo propuesto para este estudio y posteriormente organizado para ser sometido a evaluación psicométrica de validez y fiabilidad. Para ello, se adoptaron pasos metodológicos sugeridos en el estudio de Coluci et al. (2015), en el que abordan los siguientes pasos para estructurar instrumentos de investigación: "I-Establecimiento de la estructura conceptual; II-definición de los objetivos del instrumento y de la población implicada; III-Construcción de ítems y escalas de respuesta; IV-Selección y organización de ítems; V, - Estructura del instrumento y VI-Validez del contenido y apariencia.

Los pasos I a V consistieron en la ejecución de las siguientes acciones: elección del formato del instrumento, como lista de verificación, que en este estudio recibió la nomenclatura "instrumento de evaluación de la resolutivez de la atención primaria de salud - (IAR-APS)", siendo desarrollado a partir de una revisión de la literatura, que resultó en un marco teórico como referencia para las dimensiones y ítems que podrían cumplir con el objetivo de construir el instrumento: la evaluación de la resolutivez en la APS, que fueron debidamente seleccionadas, organizadas y estructuradas para su 1ª versión de acuerdo con el constructor de interés: la resolutivez. Una vez completados los pasos de I a V, con la estructura conceptual seleccionada, objetivos claramente definidos, ítems y escalas de respuesta debidamente estructuradas, se completó la 1ª versión del instrumento.

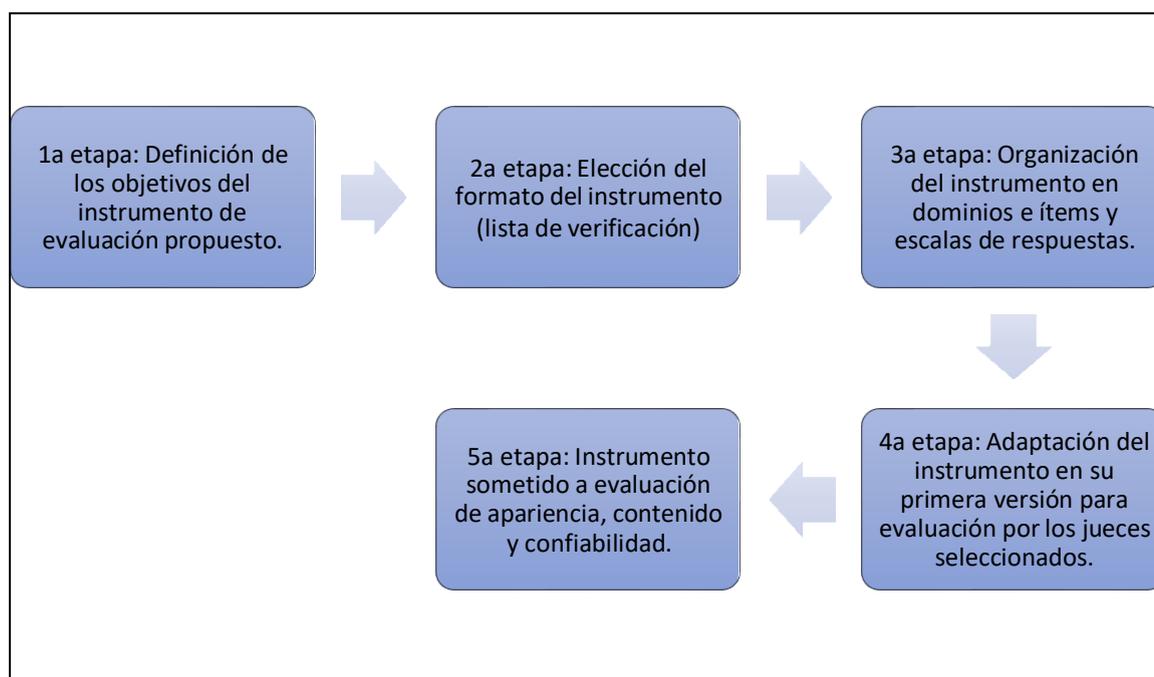
Luego, el instrumento fue sometido a la 6ª etapa metodológica, en la que se estableció el proceso de evaluación de sus propiedades psicométricas, que son necesarias para dar fe de la validez y confiabilidad del instrumento elaborado de acuerdo con sus objetivos. En este estudio, se seleccionaron para evaluar la validez, el contenido y la apariencia, y para analizar la fiabilidad, el criterio de coherencia interna, que tiene como

objetivo medir la homogeneidad de sus elementos (ítems y dominios), verificando el grado de concordancia entre estos elementos, cuya principal forma de análisis estadístico ocurre por el coeficiente alfa de Cronbach, una de las formas más frecuentes de su evaluación (Bandeira, 2014).

Debido a que es un instrumento nuevo, se buscó contemplar sus propiedades psicométricas (validez y confiabilidad). La validez se definió como la capacidad de un instrumento para medir con precisión el fenómeno a estudiar y la confiabilidad definida como la capacidad de un instrumento para medir fielmente un fenómeno, lo que implica la responsabilidad del investigador, para asegurar que este instrumento presente características psicométricas satisfactorias, que pueden conferir la confiabilidad de los resultados del estudio (Pillatti et al., 2010). El instrumento se adaptó a un formato de evaluación y opinión adecuado a los jueces seleccionados, a través de una escala de respuestas que indicaba el grado de concordancia o no de los ítems enumerados (APÉNDICE D).

Figura 3

Etapas de construcción y validación del instrumento IAR-APS (1ª versión).



Nota. Pasos metodológicos para la construcción y validación del instrumento de evaluación de la resolutivez de APS (IAR-APS). Fuente: Pires, 2022.

7.4.1 Revisión de la literatura

Para los aspectos relacionados con la fundamentación teórica y selección de la producción científica de referencia al presente estudio, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, con el objetivo de reunir estudios que abordaran sobre la resolutiveidad en el contexto de la APS. Para ello, se elaboró la siguiente pregunta orientativa: "¿Cómo ha sido abordada y evaluada la directriz de resolutiveidad por la literatura científica en el contexto de la atención primaria de salud?"

Por lo tanto, se realizó una búsqueda en línea utilizando las siguientes bases de datos: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) y Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual en Salud (BVS); Google académico. Las referencias seleccionadas fueron documentos oficiales y literatura académica, como tesis, disertaciones y artículos científicos publicados sin especificar el período de publicación, para identificar la mayor referencia posible sobre el tema. Para el motor de búsqueda, los descriptores y sus combinaciones en portugués fueron interconectados por el operador booleano AND: "resolutiveidad/efectividade AND atención primaria"; "resolutiveidad/efectividade AND estrategia de salud de la familia", para cada una de las bases de datos seleccionadas. El descriptor de efectividade se utilizó como sinónimo del término clave "resolutiveidad", ya que el término resolutiveidad, no está previsto como descriptor de salud.

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos fueron: lengua portuguesa y español; Los artículos disponibles en su totalidad y con la presencia de los descriptores seleccionados en cualquier parte del estudio, siempre que se ajusten al objetivo de la revisión, excluyendo los estudios que no abordaron el tema después de la lectura de los resúmenes y los repetidos en la base de datos, fueron considerados una sola vez. La literatura disponible fue seleccionada a partir de la lectura de resúmenes, palabras-clave y títulos de publicaciones, y posteriormente categorizada a través del análisis crítico de sus contenidos, con el fin de apoyar el fundamento teórico de referencia para el presente estudio.

Así, la literatura científica seleccionada, a través de los artículos, manuales, legislación, tesis y disertaciones constituyó la estructura teórica necesaria para el desarrollo del instrumento propuesto, en la que fueron categorizados de la siguiente manera: En cuanto al concepto de resolución; cómo evaluar la resolución en el escenario de la APS; herramientas de evaluación utilizadas para identificar la resolución; en cuanto a la capacidad específica de resolución de problemas a las demandas en salud y públicos evaluados en los estudios y factores relacionados con el aumento o dificultades de resolutiveidad encontrados en los estudios seleccionados.

El período de revisión de la literatura ocurrió de junio a diciembre de 2020, y una vez finalizada la revisión, sus resultados culminaron con la elección de la construcción de un nuevo instrumento de evaluación, debido a la brecha en los criterios más dirigidos a la

identificación precisa o aproximada de la resolutiveidad de un servicio de salud, según lo recomendado por el Ministerio de Salud. En cuanto al criterio de selección de los estudios que consideraron el abordaje de la resolutiveidad en la APS, se utilizó como referencia el concepto de resolutiveidad previsto en la Política Nacional de Atención Básica de 2017: "Capacidad para identificar e intervenir en los riesgos, necesidades y demandas de salud de la población, llegando a la solución de los problemas de salud de los usuarios". Donde, el equipo de salud debe ser resolutivo con el problema desde el contacto inicial, hasta otras acciones y servicios que el usuario necesita" (Brasil, 2017a). Sin embargo, cabe destacar que sobre el concepto de resolutiveidad mencionado, el instrumento construido consideró contemplar la capacidad de resolución de problemas sobre la capacidad de los equipos de salud para aceptar demandas de salud en sus territorios el mismo día en que se presentan, sin considerar el resultado de las quejas presentadas.

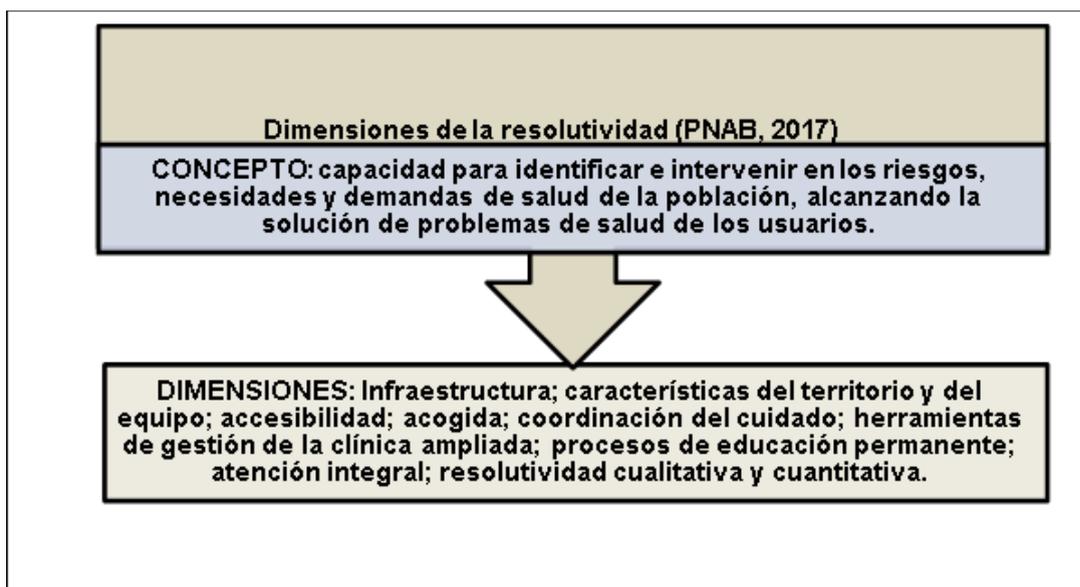
7.4.1.1 Establecimiento de la estructura conceptual del instrumento.

La revisión de la literatura resultó en toda la producción científica necesaria para la base teórica de referencia para la construcción del instrumento de evaluación propuesto. Donde, para los aspectos relacionados con la resolutiveidad y sus características en la APS, se eligió la política nacional de atención básica (PNAB) de 2017 como fuente teórica principal, cuyos principios y directrices del SUS y de las redes de atención de salud (RAS) se ponen en práctica en su contexto.

También se utilizaron los conceptos de resolutiveidad cuantitativa y cualitativa propuestos en el estudio de Siméant (1984). Las razones para elegir esta referencia se justifican por exceder los criterios indicados en la PNAB, pero que, sin embargo, se complementan entre sí, para contemplar los máximos matices sobre la resolutiveidad de los servicios de salud, centrados en el escenario elegido (APS). También se consideraron las características de resolutiveidad disponibles en la guía nacional de políticas de atención básica (2018). Por lo tanto, fue posible estructurar un modelo teórico que pudiera cumplir con los objetivos del estudio y que, de hecho, pudiera medir el constructo seleccionado. Así, se enumeraron 10 dimensiones que se basaron en el concepto de resolutiveidad propuesto a través de la PNAB (2017), como se muestra en la figura 4.

Figura 4

Marco teórico para la construcción del instrumento IAR-APS.



Nota. Marco teórico para la evaluación de la resolutividad en la APS, a través de la ESF, según el marco teórico seleccionado. Fuente: Política Nacional de Atención Básica (2017); Simeánt (1984) e Guía Nacional de Políticas de Atención Básica (2018). Fuente: Pires, 2022.

A partir del marco teórico mencionado, se construyó una matriz de análisis (Figura 5), estructurada en las diez (10) dimensiones seleccionadas, con el fin de caracterizar cada una de las diez dimensiones y así proporcionar el soporte teórico para medir la resolución en la APS, de manera que sea posible identificar evidencias de su presencia, y así consolidar los elementos necesarios para su evaluación, a través de las acciones de la ESF.

Figura 5

Matriz de caracterización de las dimensiones de resolutividad seleccionadas para el instrumento

CARACTERIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA RESOLUTIVIDAD PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE ESTUDIO SEGÚN EL MARCO TEÓRICO SELECCIONADO	
DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Infraestructura de la Unidad Básica de Salud (UBS)	Relacionado con la estructura física de la UBS que sea compatible con las exigencias del territorio en el que se encuentra.
Caracterización del territorio/equipo	Relacionados con la capacidad asistencial del equipo de salud de la familia, como carga de trabajo, cobertura familiar y alcance de los servicios de la unidad de salud.
Accesibilidad	Capacidad o formas del equipo de salud de la familia para recibir a todas las personas de su territorio de referencia, universalmente y sin exclusiones.
Acogida	Capacidad de escucha calificada; Recepción del usuario al servicio con evaluación de riesgos y vulnerabilidades en atención primaria, lo que implica acoger con clasificación de riesgos y estratificación de riesgos.
Coordinación del cuidado	Se ocupan de la elaboración, referencias y organización del flujo de usuarios entre los puntos de atención en las Redes de Atención a la Salud (RAS). Forma de referenciar casos no resueltos en la UBS.
Herramientas ampliadas de gestión clínica	Conjunto de tecnologías de microgestión de la atención diseñadas para promover una atención a la salud de calidad, tales como protocolos y guías clínicas, planes de acción, líneas de atención, proyectos terapéuticos únicos, genograma, ecomap, gestión de listas de espera, auditoría clínica, indicadores de atención, entre otros.
Procesos de educación permanente	La Educación Permanente en Salud (EPS) es considerada el aprendizaje que se desarrolla en el trabajo, donde el aprendizaje y la enseñanza se incorporan a la vida cotidiana de las organizaciones y el trabajo, basado en el aprendizaje significativo y en la posibilidad de transformar las prácticas de los trabajadores de la salud. También involucra educación en salud, desarrollada a través de la relación entre trabajadores de la atención básica en el territorio (prácticas de graduación y residencias, proyectos de investigación y extensión, entre otros), capaces de calificar la atención a las comunidades.

Atención integral	Promover la atención integral, continua y organizada a la población inscrita, basada en las necesidades sociales y de salud, mediante el establecimiento de acciones de continuidad informativa, interpersonal y longitudinal con la población.
Resolutividad cuantitativa en la APS	Esta dimensión evalúa la capacidad de resolución de problemas en su aspecto cuantitativo, representada por la capacidad que tiene la Estrategia Salud de la Familia para atender a quienes solicitan atención en la USF. Depende del volumen de recursos disponibles (profesionales; carga de trabajo del servicio, infraestructura, alcance de los servicios disponibles, etc.). Evaluado por la tasa de demanda reprimida.
Resolutividad cualitativa en la APS	Esta dimensión evalúa la resolución cualitativa, que se refiere a la capacidad de la estrategia salud de la familia para satisfacer las demandas específicas de los usuarios, relacionadas con el grado de formación de los profesionales y la complejidad de los servicios de apoyo diagnóstico y recursos terapéuticos para el tratamiento de los casos. Evaluado por el número de referencias a especialidades.

Nota. Caracterización de las dimensiones listadas para la construcción del instrumento de evaluación de la resolución en la APS, a través de la ESF, según la PNAB (2017) y Simeánt (1984). Fuente: PNAB (2017) y Simeánt (1984).

Después del establecimiento de las dimensiones y sus características, se siguió con la elaboración de los ítems, con el fin de proporcionar la cobertura específica adecuada para cada una de las dimensiones señaladas, de acuerdo con sus aspectos definitorios, observados en la Figura 5.

7.4.2 Definición de los objetivos del instrumento y de la población implicada

El instrumento desarrollado tuvo como objetivo proporcionar a los profesionales de la atención primaria de salud (APS), equipos de salud de la familia, gestores de APS e investigadores del área, una herramienta de recolección de datos, en forma de lista de verificación, que permita identificar la presencia y/o ausencia de la directriz resolutividad, en su aspecto cualitativo y cuantitativo, en el contexto de la APS, a través de la acción de la estrategia salud de la familia. El instrumento está destinado a evaluar un período preseleccionado, ya que las características resolutivas son dinámicas, relacionadas con

factores que pueden o no estar disponibles en el momento evaluado, con el fin de apoyar el ajuste o adecuación en los servicios prestados. Por lo tanto, su propósito es identificar inicialmente la presencia/ausencia de características que aumenten la resolutivez de la APS y comparar con los resultados de resolutivez cuantitativa y cualitativa del sitio investigado, teniendo como eje principal la capacidad mínima de resolutivez del 85% de las demandas de salud de la población cubierta en un período determinado, como se afirma en Brasil (2021).

7.4.3 Construcción de los ítems del instrumento y escalas de respuestas

Los ítems del instrumento fueron construidos a partir del análisis crítico de la producción científica disponible por revisión bibliográfica, con el fin de cumplir con la caracterización de cada una de las dimensiones seleccionadas, siendo basados en la PNAB/2017, en el ámbito del sistema único de salud (SUS), en el que aborda el concepto y las características de la resolutivez en la APS. Siendo también utilizadas, las otras referencias citadas y seleccionadas como marco teórico para el presente estudio.

Por tratarse de un instrumento de evaluación de procesos ya instalados, del tipo *checklist*, cuyo propósito es detectar la presencia o ausencia de atributos esenciales para lograr la resolutivez, donde la escala de respuesta más adecuada fue considerada de tipo binario o dicotómico, con dos opciones de respuestas: SÍ/NO, además de una tercera opción: NA (no aplica) que indica ignorancia o inaplicabilidad de la pregunta al contexto evaluado.

7.4.4 Selección y organización de los ítems y estructuración del instrumento

El instrumento se organizó en 10 dimensiones, de acuerdo con el constructo “resolutivez”, como se muestra en la Figura 6, que son: (1) infraestructura de la UBS; (2) caracterización del territorio/equipo; (3) accesibilidad; (4) acogida; (5) coordinación del cuidado; (6) herramienta de gestión de la clínica ampliada; (7) procesos de educación permanente; (8) atención integral; (9) resolutivez cuantitativa y (10) resolutivez cualitativa. Luego, los ítems fueron seleccionados y organizados con el fin de cumplir con las características definitorias de cada una de las 10 dimensiones referenciadas, utilizando los siguientes criterios para su elaboración: (1) conductual: el ítem debe expresar una percepción y no una abstracción; (2) objetividad: los artículos deben expresar deseo o preferencia; (3) simplicidad: el elemento debe expresar una sola idea; (4) claridad: los elementos deben incluir frases cortas, simples e inteligibles para cualquier individuo; (5) precisión: el ítem debe ser distinto de los demás, buscando alcanzar el objetivo definido en el aspecto de dimensionalidad; (6) variedad: debe incluir un lenguaje diverso, evitando

repeticiones, cansancio y monotonía (Cardoso et al., 2011).

Se optó por estructurar el instrumento en formato de lista de verificación, que según Elliot (2012), es un tipo de instrumento que se puede utilizar para verificar actividades que serán, están siendo o ya han sido realizadas, para determinar la presencia o ausencia de un atributo y para contar la prevalencia de un ítem o evento. Así, una vez disponibles todas las dimensiones y ítems, también se establecieron: el título, la descripción del instrumento, la escala de respuestas y puntajes de referencia, así como un manual de guías para su uso. Su estructuración también tuvo como objetivo permitir el cálculo de los puntajes para indicar el grado de resolutivez del sitio evaluado, teniendo como referencia el desempeño de la estrategia salud de la familia y las condiciones adecuadas para el ejercicio de sus funciones, así como, en el grado de resolutivez esperada. Según Almeida et al., 2011c, p. 10), "Existe cierto consenso en que la resolutivez esperada de los servicios de APS sería del 85%, donde las redes integradas de atención a la salud con puerta de entrada por la UBS podrían resolver la gran mayoría de los problemas de salud sin la necesidad de un especialista".

Además, se adoptaron principios que facilitan el manejo del instrumento, ya que su estructura y secuencia contribuyen significativamente a reducir el esfuerzo físico y/o mental de los encuestados, a fin de asegurar un formato que contemple todos los términos propuestos y que mantenga el interés del demandado hasta el final. El orden lógico, la orientación del elemento más general al más específico; en el sentido de lo menos personal y delicado para lo más personal y delicado, son factores importantes para seguir (Günther, 2003).

Así, la 1ª versión del instrumento IAR-APS, compuesta por 10 dimensiones, identificadas en secuencia alfabética de (A a J) y 69 ítems, identificadas en secuencia alfanumérica (A1 a J1), relatadas de la siguiente manera, como se muestra a continuación:

Figura 6

Distribución cuantitativa de los ítems según cada dimensión seleccionada.

DIMENSIONES	ÍTEMS
A: Infraestructura	A.1; A.2; A.3; A.4; A.5; A.6; A.7; A.8; A.9; A.10; A.11; A.12; A.13; A.14; A.15; A.16; A.17; A.18; A.19; A.20; A.21; A.22; A.23 (23 ítems)
B: Características del territorio y del equipo	B.1; B.2; B.3; B.4; B.5; B.6 (06 ítems)
C: Accesibilidad	C.1; C.2; C.3 (03 ítems)
D: Acogida	D.1; D.2; D.3; D.4; D.5; D.6; D.7; D.8; D.9 (09 ítems)

E: Coordinación del cuidado	E.1; E.2; E.3; E.4; E.5; E.6; E.7; E.8 (08 ítems)
F: Herramientas de gestión de la clínica	F.1; F.2; F.3; F.4; F.5; F.6; F.7; F.8; F.9; F.10; F.11; F.12 (12 ítems)
G: Procesos de educación permanente	G.1; G.2 (02 ítems)
H: Atención integral	H.1; H.2; H.3; H.4 (04 ítems)
I: Resolutividad cuantitativa	I.1 (01 ítem)
J: Resolutividad cualitativa	J.1 (01 ítem)
Total de dominios: 10	Total de ítems: 69

Nota. Distribución de dominios e ítems del instrumento IAR-APS, según el orden alfanumérico establecido al instrumento. Fuente: Pires, 2022.

El instrumento también cuenta con un modelo de formulario para registrar la demanda reprimida (APÉNDICE C), ya que, formalmente, no hay forma de grabar las llamadas que se solicitan, pero no se resuelven en el día, además de un manual con instrucciones de uso y referencia para calcular los puntajes establecidos. El uso del formulario con el fin de registrar la demanda reprimida se justifica por la necesidad de calcular la resolución cuantitativa, que requiere la identificación del número total de usuarios que no son atendidos, para comprender mejor la resolutividad del sitio evaluado.

7.4.4.1 Elaboración del manual de aplicación del instrumento de evaluación (IAR-APS).

Con el fin de orientar el uso del instrumento construido, sobre su aplicación en el contexto de la APS, a partir de los servicios ofrecidos por la estrategia salud de la familia, se elaboró un manual con instrucciones de uso y aclaraciones conceptuales sobre cada dimensión y ítem, indicando qué aspectos deben ser observados, qué documentos o características deben ser considerados para la correcta evaluación del dominio y sus ítems presentados.

El manual consta de 5 temas de guía, que son: 1) instrucciones generales de uso del instrumento y condiciones a cumplir para iniciar la evaluación; 2) forma de verificación de los dominios; 3) forma de verificación de los ítems; 4) Evaluación de los resultados obtenidos; 5) Instrucciones específicas para la aplicación del instrumento (APÉNDICE B).

7.4.4.2 Construcción del formulario modelo para el registro de la demanda reprimida en la APS.

Considerando las demandas de salud como las actitudes de los individuos en la búsqueda de servicios de salud para el acceso y resolución de sus quejas, que no siempre pueden ser satisfechas, ya sea por la falta de conocimiento de la población sobre lo que realmente necesitan, por la falta de información sobre los problemas experimentados, la imposibilidad de pagar por el servicio o la oferta no disponible de los servicios deseados (Souza & Botazzo, 2013), se caracterizó la demanda reprimida para este estudio, como la no atención de solicitudes de usuarios que buscan APS como primer acceso, es decir, usuarios que buscaron el servicio y no tuvieron sus demandas transformadas en efectivas el mismo día, seguido de la ausencia de conductas para su necesidad presentada.

También como justificación para el uso del formulario de registro de demanda reprimida, se tiene en cuenta que, en el contexto de la APS, los sistemas de información se basan en la atención de los usuarios que llegan al servicio de salud y reciben algún tipo de asistencia. Sin embargo, hay usuarios con demandas que no se cumplen y ni siquiera entran al sistema de información, es decir, no se les notifica su búsqueda del servicio o el motivo de la búsqueda. Por lo tanto, se sugirió para este estudio, un formulario de registro que pudiera identificar a estas personas, con la descripción de las razones para buscar el servicio, la no asistencia y la orientación ofrecida para la ocasión. El formulario debe utilizarse durante el período de evaluación del uso del instrumento IAR-APS, con la orientación adecuada para el profesional responsable del registro, que figura en el manual de instrucciones.

7.5 Validación de la apariencia y contenido del instrumento de evaluación de la resolutivez de la atención primaria (IAR-APS)

Después de completar las etapas de construcción del nuevo instrumento, surgió la siguiente pregunta: "¿En qué medida el instrumento construido es válido y confiable para evaluar, de acuerdo con el marco teórico seleccionado, la resolución de los servicios ofrecidos por la APS a través del desempeño de la ESF?" Así, se realizó su presentación en cuanto a la evaluación de sus propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) en los aspectos de apariencia, contenido y confiabilidad, por jueces (comité de expertos en el área de APS), quienes fueron seleccionados verificando la experiencia en el área. En cuanto al número de especialistas recomendados, el estudio de Alexandre & Coluci (2011), en el que la literatura presenta controversias sobre este punto, sin embargo, verificó que existe un umbral de al menos 3 sujetos y un máximo de 20 personas participando en este proceso.

Así, el instrumento se adaptó a un formato compatible para evaluar el grado de concordancia de su contenido y apariencia, con el fin de facilitar el acceso de los jueces al

instrumento, de forma online, en el que se estructuró a través del *google forms* y se entregó a los especialistas seleccionados. La escala de respuesta elegida fue Likert, utilizada para medir actitudes. En esto, el encuestado indica su grado de acuerdo o desacuerdo en relación con un objeto dado (Bermurdes et al., 2016). Este método elegido buscó cumplir con los objetivos del uso del instrumento y también facilitar su proceso de evaluación por los jueces y profesionales de la salud que participaron en el estudio.

7.5.1 Etapas para la validación de apariencia y contenido del instrumento IAR- APS

El instrumento fue seguido para evaluación ante los especialistas seleccionados, en cuanto a los dominios e ítems, siendo juzgado por el alcance, claridad y representatez, con la posibilidad de incluir sugerencias y comentarios. También fueron evaluados el título, el formato del instrumento, las instrucciones de uso y la forma de calcular los puntajes de los dominios e ítems y el puntaje total del instrumento, con el cumplimiento de los siguientes pasos: 1ª etapa: elección del comité de expertos con los siguientes criterios de participación: tener título de especialista, maestría o doctor en el área de APS; tener al menos dos (02) años de experiencia en el área, como profesional o docente y preferiblemente con investigaciones o publicaciones en el área. Para ello, se realizó una búsqueda intencional en la Plataforma Lattes. Cuarenta jueces fueron considerados compatibles con los criterios de inclusión establecidos.

2ª etapa: Se envió una invitación vía correo electrónico, individualmente, en formato online a través del *Google Forms*, a los 40 jueces listados, en la cual se pusieron a disposición 02 enlaces para participar del estudio, uno que contenía el término de consentimiento libre y aclarado y los datos para la caracterización de los participantes y el otro con el contenido total del instrumento a evaluar. Una vez aceptada la participación, se recomendó un plazo de 15 días para devolver la evaluación. Esta etapa ocurrió durante los meses de enero a marzo de 2022. Hubo un retorno de solo 10 jueces, en el que correspondió al número de participantes recomendados, de acuerdo con el marco teórico adoptado (Alexandre & Coluci, 2011). 3ª etapa: Una vez completada la evaluación por los jueces, se realizó un abordaje cuantitativo de las opiniones señaladas en la etapa anterior, donde se utilizó el índice de validez de contenido (IVC), que mide la proporción o porcentaje de jueces de acuerdo con los componentes e ítems propuestos en el instrumento, de acuerdo con el objetivo de la investigación. El método adoptado para la evaluación por los jueces consistió en una escala Likert con una puntuación de 1 a 4, en la que: 1 = ítem inadecuado/no relevante/claro/completo; 2 = ítem parcialmente adecuado, requiere una revisión importante para evaluar la pertinencia/claridad/alcance; 3 = elemento adecuado/pertinente; y 4 = elemento absolutamente apropiado/relevante. Los ítems que recibieron puntajes de 1 o 2

fueron revisados o eliminados. Para calcular el IVC de cada ítem del instrumento, se sumaron las respuestas 3 y 4 de los participantes del comité de expertos y el resultado se dividió por el número total de respuestas, de acuerdo con la siguiente fórmula: $IVC = \text{Número de respuestas 3 o 4} / \text{Número total de respuestas/jueces}$. La tasa aceptable de acuerdo entre los miembros del comité de expertos debe ser de al menos 0,78 y preferiblemente superior a 0,90.

4ª etapa: El análisis de consistencia interna se realizó en opinión de los expertos sobre los temas, utilizando la prueba del coeficiente alfa de Cronbach, considerando los siguientes valores, según Malhotra (2008 como se menciona en Pinto & Chávez, 2012), valor alfa α : $\alpha < 0,30$ (muy bajo); $0,30 \leq \alpha < 0,60$ (bajo); $0,60 \leq \alpha < 0,75$ (moderado); $0,75 \leq \alpha < 0,90$ (alto) e $0,90 \leq \alpha$ (muy alto). Considerándose adecuados los resultados de moderados a muy altos. El cálculo se realizó a través de *Excel*, mediante la adopción de la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{\text{total}}^2} \right)$$

Donde: k = El número de ítems; $\sum s^2$ = Sumatoria de varianzas de los ítems; s^2 = Varianza de la suma de los ítems; α = Coeficiente de alfa de Cronbach.

5ª etapa: Reajuste del instrumento de acuerdo con las sugerencias de los expertos, para preguntas con IVC bajo o bajo alfa de Cronbach, que resultó en la versión final (2ª versión del instrumento IAR-APS) (APÉNDICE A), que continuó con la etapa de evaluación de la aplicabilidad del instrumento, con profesionales del área de APS.

7.6 Evaluación de la aplicabilidad del instrumento IAR-APS

Después de consolidada la validación del contenido y la apariencia del instrumento propuesto, la 2ª versión del instrumento, que contiene las adecuaciones propuestas, fue sometida a evaluación de percepción en cuanto a su aplicabilidad, de acuerdo con los aspectos de funcionalidad, usabilidad y eficiencia, a través de gerentes, docentes, investigadores y profesionales que actúan en los equipos de la estrategia salud de la familia. Se invitó a un grupo de 2.850 profesionales que actúan en APS, distribuidos en todo Brasil. La elección de los profesionales fue mediante la búsqueda en la plataforma de datos del RNES (registro nacional de establecimientos de salud - RNESnet) y el contacto disponible en artículos científicos publicados sobre el tema, donde se investigó la lista de gerentes registrados y sus respectivos contactos. Inicialmente hubo una invitación a los datos

actualizados en 2022, para aumentar las posibilidades de retorno de la encuesta. Las invitaciones a participar de la investigación fueron dirigidas a cada persona seleccionada, para participar del estudio y difundir la investigación a los demás profesionales de sus respectivos equipos de salud de la familia. La selección de los participantes ocurrió por conveniencia, debido a que la invitación se estableció en línea, con el fin de reclutar un número significativo de profesionales de la APS para integrar la muestra y así lograr la relevancia necesaria. Así, cuando 450 profesionales estaban regresando, la investigación fue cerrada. El FCLA fue ofrecido a cada participante, seguido del instrumento de evaluación de acuerdo con el objetivo propuesto. La recolección de datos ocurrió durante los meses de julio a septiembre de 2022.

El cuestionario de aplicabilidad se estructuró en dos partes: la primera con datos sobre la caracterización de los profesionales participantes (nombre, edad, graduación, tiempo de trabajo en atención primaria, titulación máxima). La segunda parte consistió en el propio cuestionario, en el que se presentaron los dominios y ítems para su juicio con respecto a los atributos de funcionalidad, usabilidad y eficiencia del instrumento.

En cuanto a los atributos utilizados como referencia para la evaluación de la percepción de aplicabilidad, se utilizó la fuente de Sperândio (2008), en la que se refiere a los términos: funcionalidad, entendida como el conjunto de atributos que evidencian la existencia de funciones y sus propiedades específicas, que incluye adecuación, precisión e interoperabilidad relacionadas con la funcionalidad. Usabilidad, que se refiere al conjunto de atributos que evidencian el esfuerzo necesario para poder utilizar el instrumento o la tecnología propuesta, así como el juicio individual de este uso, donde una de sus subcategorías es la operatividad. Con respecto a la eficiencia, este es el conjunto de atributos que evidencian la relación entre el nivel de rendimiento de la tecnología y la cantidad de recursos utilizados, bajo condiciones establecidas. Sus subcategorías implican tiempo y recursos utilizados.

Referente a la interpretación de cada atributo, se definieron declaraciones clave para su interpretación, seguidas de sí (acuerdo positivo) o no (acuerdo negativo). También se investigó sobre la satisfacción con el instrumento y la posibilidad de uso en algún momento de la rutina profesional en el futuro. Al final de la solicitud del cuestionario, también se dejó espacio para sugerencias y consideraciones sobre las dificultades o facilidades observadas en el instrumento propuesto.

Acerca del análisis de los datos, se buscó verificar la concordancia entre los sujetos que fueron encuestados con respecto a los atributos enumerados, siendo considerado el mínimo de acuerdo del 80% para que el instrumento se considerara aplicable a los procesos de trabajo de los equipos de salud, gerentes y como uso para futuras investigaciones.

CAPITULO 4

8 Resultados y discusión

Los resultados y la respectiva discusión encontrada en el estudio se presentan en etapas correspondientes a la metodología propuesta de construcción y validación del instrumento denominado "Instrumento de evaluación de la resolutivez en la Atención Primaria de Salud" (IAR-APS). La 1ª etapa corresponde a la presentación de los resultados relacionados con el proceso de construcción del instrumento para evaluar el grado de resolución en la atención primaria de salud, a través de la estrategia salud de la familia.

En la 2ª etapa, se presentan los resultados de los procesos aparentes de validación, contenido y confiabilidad, así como la caracterización de los jueces participantes, seguidos en la 3ª etapa, con la demostración de ajustes y correcciones realizadas de acuerdo con las sugerencias de los jueces expertos para la adecuación y elaboración de la versión final del instrumento. Finalmente, en la 4ª etapa, se presentan los resultados relacionados con el proceso de evaluación de la aplicabilidad del instrumento, en su versión final, así como la caracterización de los profesionales de salud participantes, grado de satisfacción con el instrumento y posibilidad de uso en la práctica profesional.

8.1 Construcción del instrumento para evaluar la resolutivez de la APS, a través de la acción de la estrategia salud de la familia (IAR-APS)

Con los datos obtenidos a través de la revisión de la literatura, de las publicaciones más relevantes sobre el tema y sobre los principales enfoques y formas de evaluación de la resolutivez en el contexto de la APS, el marco teórico seleccionado estuvo representado principalmente por la política nacional de atención básica de 2017 (PNAB, 2017); guía nacional de políticas de atención básica, módulo 1, integración de atención básica y vigilancia de la salud (Brasil, 2018) y también se utilizó como referencia el artículo titulado "Capacidad resolutivez de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981" (Simeánt, 1984) para el cálculo de la resolutivez cualitativa y cuantitativa. Una vez definidas las bases teóricas para la construcción del instrumento, los principales aspectos sobre la resolutivez identificados fueron organizados en 10 categorías distintas, nombradas en este estudio de dominios, como se muestra en la Figura 7.

Figura 7

Distribución de los dominios listados para la construcción del instrumento de evaluación de la APS, con base en la revisión de la literatura y otras fuentes utilizadas como estructura conceptual del instrumento IAR-APS.

DOMINIOS LISTADOS SOBRE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
1. Infraestructura
2. Características del territorio y del equipo
3. Accesibilidad
4. Acogida
5. Coordinación del cuidado
6. Herramientas de gestión de la clínica
7. Procesos de educación permanente
8. Atención integral
9. Resolutividad cuantitativa
10. Resolutividad cualitativa

Nota. Agrupación de características resolutivas encontradas en la literatura científica y seleccionadas para la composición general del instrumento de medida construido para su 1ª versión. Fuente: Pires, 2022.

Después de definir los 10 dominios correspondientes al instrumento, se estableció una matriz de caracterización, con cada dominio presentando un vínculo conceptual con la capacidad de resolución de problemas, tomando como referencia la literatura elegida. La figura 8, abajo, muestra el marco estructural para la demostración de los dominios y sus características definitorias. La descripción completa, con la especificación de cada dominio y su respectiva caracterización está disponible en la Figura 5.

Figura 8

Cabecera de la estructura conceptual utilizada para insertar las características definitorias de cada dimensión listada para la construcción de la 1ª versión del instrumento IAR-APS.

CARACTERIZACIÓN DE LOS DOMINIOS DE RESOLUTIVIDAD PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE ESTUDIO SEGÚN MARCO TEÓRICO SELECCIONADO	
DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
A; B; C; D; E; F; G; H; I; J.	Concepto de cada dominio y modo de relación con capacidad de resolución de problemas.

Nota. Demostración de la estructura para la organización de dominios y sus características definitorias, para fundamentar la elección de ítems de cobertura de cada dimensión. Fuente: Pires, 2022.

El conjunto de dominios seleccionados buscó contemplar el propósito principal de la resolutiveidad de un servicio de salud, que según Rotoli et al., (2019), es la oferta de una respuesta satisfactoria del servicio al individuo que busca atención para algo que considera necesario para su salud y que está relacionado no solo con la curación de enfermedades, pero la oferta de alivio y reducción del sufrimiento, promoción y mantenimiento de la salud, que sólo puede lograrse si el servicio de salud prestado está dotado de un conjunto de condiciones favorables, incluidos los servicios ofrecidos por la APS.

A algunas de estas condiciones, Costa et al., (2014) corroboran que, para lograr la resolutiveidad, es necesario presentar un equipo multidisciplinario eficiente, que ofrezca acciones acogedoras y coordine una atención efectiva, que permita articular el servicio local a otros niveles de atención del sistema único de salud. Por lo tanto, cuando estos factores están debilitados o ausentes, contribuyen a una atención deficiente y de mala calidad. Un estudio realizado por Barros et al., (2018) que buscó evaluar las estrategias adoptadas por las mujeres frente a la baja resolución de la atención de la APS en un lugar determinado, reveló que la ausencia de factores esenciales para lograr la resolutiveidad, entre ellos el acceso, la acogida adecuada a los usuarios, la infraestructura correspondiente a las necesidades del territorio y la forma en que se organizó el servicio, con respecto a la

referencia y contrarreferencia en situaciones de salud más complejas, fueron las principales razones para no lograr la resolutivez frente a las demandas en el territorio investigado.

Por lo tanto, cuando se busca conocer el grado de resolutivez que tiene un determinado servicio de APS, es esencial saber qué factores están vinculados a su obtención. Lacerda & Moretti-Pires (2012) afirman que un servicio de APS que realmente corresponde a las demandas de salud de sus usuarios no solo debe tener disponibilidad y accesibilidad, sino que también debe estar dotado de un conjunto de acciones y servicios que incluyan todos los componentes involucrados en el binomio salud-enfermedad, lo que solo será posible en vista de la correcta conformación de los procesos de trabajo de los equipos de salud de la APS.

En este sentido, la resolutivez depende directamente de la calificación de los miembros de estos equipos y sus condiciones de trabajo, hecho corroborado en el estudio de Fontana et al. (2016) sobre la evaluación de los procesos de trabajo en la APS. Estos autores correlacionaron el proceso de trabajo efectivo con la presencia de condiciones estructurales como infraestructura, profesionales calificados y soporte tecnológico, para que los equipos realicen sus tareas, y también, condiciones de trabajo procedimentales, que involucran vinculación y territorialización, organización del trabajo y coordinación del cuidado, como condiciones esenciales para que la APS cumpla con su función de resolución.

La propia PNAB, al enfrentar la resolutivez como una de sus directrices, enumera los criterios que deben cumplirse para tener una resolutivez satisfactoria, siendo a partir de estas directrices el apoyo para la elección de los dominios del instrumento construido y que fueron enumerados en el marco teórico de esta tesis.

De acuerdo con el marco indicado en la Figura 8, cada dominio, seguido de su título y características definitorias, se estructuró de la siguiente manera: dominio A (infraestructura): relacionado con la estructura física de las unidades de salud, con el fin de ofrecer las condiciones para la acción adecuada de los equipos de salud; dominio B (caracterización del territorio/equipo): se trata de la capacidad de atención del equipo de salud en relación a la población presente en su territorio de operación; dominio C (accesibilidad): se relaciona con la forma en que los equipos de salud reciben las demandas de salud de manera universal y facilitada; dominio D (acogida): forma de recibir al usuario para corresponder a sus necesidades de salud, realizando acciones de selección y atención con clasificación de riesgo; dominio E (coordinación del cuidado): se refiere a cómo monitorear al usuario en las RAS y enviarlo a otros niveles de atención cuando sea necesario; dominio F (herramientas de gestión de la clínica ampliada): cuanto a la preparación clínica del equipo de salud y los recursos disponibles para proporcionar atención de salud con calidad y resolución; Dominio g (procesos de educación permanente):

relacionado con el aprendizaje en el ambiente laboral, que ocurre en el ejercicio de la profesión y se realiza de acuerdo con las necesidades de actualizaciones frecuentes o demandas específicas que se presentan en los territorios, con el fin de mejorar la asistencia ofrecida.

En cuanto al dominio H (atención integral): se relaciona con la prestación de cuidados a través de todas las demandas de salud de la población, independientemente del grado de complejidad, y la referencia a otros niveles de atención en los casos necesarios; dominio I (resolutividad cuantitativa): relacionada a la identificación de la capacidad del equipo de salud para atender a los usuarios que buscan atención, siendo evaluada por los recursos disponibles para los profesionales y por la identificación de la demanda reprimida. Finalmente, el dominio J (resolutividad cualitativa): que se refiere a la capacidad de los equipos de salud para satisfacer las demandas específicas de los usuarios, que es evaluada por la capacidad clínica de los profesionales, combinada con los recursos de apoyo disponibles para las acciones terapéuticas y diagnósticas, siendo identificada por el número de referencias realizadas por la UBS por profesionales médicos y enfermeros.

Después del establecimiento de los dominios, se definieron los conjuntos de ítems de cobertura para cada dominio, de acuerdo con sus características. Donde, cada dominio y sus ítems se estructuraron para incluir la verificación de la presencia o ausencia del ítem, con tres posibilidades de respuestas: SÍ, NO o NA (NO APLICA). Para ello, el formato elegido fue del tipo *checklist* y subdividido en 2 partes: La 1ª compuesta por la cabecera, con el título, identificación de la persona responsable de la evaluación y orientación inicial para su finalización, como se muestra en la Figura 09, y la 2ª parte, con el cuerpo del propio instrumento, con los componentes dominios y ítems, estando dispuestos con título de secuencia alfabética, demostración de su concepto y sus respectivos ítems de cobertura. Todo el instrumento fue construido en documento *Word*, fuente Arial 11/12, modo retrato y compuesto por 10 páginas y 19 como anexo.

Figura 09

Cabecera del instrumento IAR-APS.

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - CHECKLIST
Nombre del evaluador:	
Función:	
Género: () F () M	
Fecha de evaluación:	
Período evaluado:	
Ubicación:	
<p>Marque con una X la opción correspondiente con respecto a la presencia del atributo indicado sobre la resolutivez ofrecida por el equipo salud de la familia en la UBS evaluada:</p>	

Nota. Cabecera del instrumento IAR-APS, con título del instrumento, identificación del profesional responsable de la evaluación, período de evaluación y ubicación de la evaluación. Seguido de la orientación inicial para marcar la opción correspondiente, en el momento de la evaluación, de acuerdo con el ítem verificado como presente o ausente (Sí o No) o No aplica (NA). Fuente: Pires, 2022.

La elección del instrumento IAR-APS en formato de lista de verificación se justifica por ser una característica de verificación de procesos o estructuras, que puede ser muy útil para verificar si un elemento en particular está disponible o ausente, y también, para guiar a quien lo aplica, para verificar si un objetivo dado cumple con una referencia estándar. Por lo tanto, como el presente estudio es la construcción de un instrumento que permite evaluar el grado de resolutivez alcanzado por la asistencia de la estrategia salud de la familia de un territorio determinado, la elección de un método que sea más práctico para la recolección de datos para este objetivo es primordial. Ayres (2019), basa que el uso de la lista de verificación permite identificar la calidad de un servicio prestado, a través de la provisión de un apoyo objetivo de evidencia, cuyos datos recopilados, permitirán establecer cuáles serán las metas establecidas de acuerdo con los problemas o potencialidades detectadas.

Una segunda justificación para la elección del instrumento en formato de lista de

verificación se basa en las colocaciones de Marques (2012), explicando que este formato de instrumento es una herramienta indispensable para lograr calidad, porque facilita la adquisición y uso de datos, lo que permite su visualización de una manera más organizada, verificando el tipo de problema y sus causas, siendo utilizado para el registro de información, a través de un formulario en papel, en el que los elementos de verificación ya están listados, y facilitando así, su recolección con mayor precisión, y por lo tanto, representando una poderosa herramienta de registro y organización de datos.

En cuanto a la 2ª parte del instrumento, cada dominio se presentó con su respectivo concepto y conjunto de ítems de cobertura para el análisis de presencia o ausencia del tema investigado. Los ítems fueron seleccionados con el fin de evidenciar la presencia de las principales características resolutorias que son necesarias para la calidad de la atención en la APS, a través del desempeño de los equipos de salud de la familia, frente a las demandas de salud más comunes en los territorios. La Figura 10 muestra cómo se estructuró el instrumento, con la parte superior de la tabla presentando la expresión del dominio A (infraestructura) y su concepto, seguido de 4 columnas paralelas, la 1ª con la descripción "ítems evaluados", la 2ª con la descripción "SÍ", la 3ª con la descripción "NO" y la 4ª, con la descripción "NA", lo que significa que no se aplica. Las filas insertadas en cada columna corresponden al número de ítems que deben ser verificados para el cumplimiento de la directriz resolutoria, en cuanto al dominio abordado, que deben llenarse con la marca "X", cuando el ítem presente (SÍ), cuando ítem faltante (NO) o cuando ítem que no se aplica al contexto evaluado (NA) y que sigue la misma lógica estructural y en secuencia, para todos los otros 9 dominios enumerados y sus respectivos elementos de verificación.

Sobre el dominio A (infraestructura), todavía como se muestra en la Figura 10, se observa que los ítems dispuestos del A.1 a A.23 buscaban verificar la estructura de la UBS, en cuanto a la organización del entorno, disponibilidad de herramientas de información con una lista de servicios ofrecidos, escala de profesionales, horas de operación y disponibilidad de estructura física compatible con los miembros del equipo de salud, otros empleados y usuarios de la UBS.

Figura 10

Dominio A - Infraestructura y sus elementos de cobertura.

DOMINIO A: INFRAESTRUCTURA DE LA UBS
Se trata de la estructura física de la UBS, si dispone de los recursos necesarios para el acceso, acogida y atendimento del usuario que busca el servicio.

ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
A.1 ¿Existe una lista en la UBS que identifique los servicios ofrecidos?			
A.2 ¿Existe una lista visible en la UBS para los usuarios con escala de servicio de los profesionales de UBS?			
A.3 ¿Existe un aviso en la UBS sobre los horarios de funcionamiento?			
A.4 ¿La UBS dispone de señales de flujo y confort térmico o acústico?			
A.5 ¿La UBS está adaptada para personas con discapacidad física?			
A.6 ¿Hay consultorio médico y de enfermería con baño?			
A.7 ¿Hay una sala de procedimientos exclusiva?			
A.8 ¿Hay una sala de vacunación?			
A.9 ¿Hay un área de asistencia farmacéutica?			
A.10 ¿Existe una sala colectiva de inhalación?			
A.11 ¿Hay una sala de recogida de exámenes?			
A.12 ¿Hay una sala para vendajes?			
A.13 ¿Existe un sitio de purga?			
A.14 ¿Existe una sala de esterilización de materiales?			
A.15 ¿Existe una sala de observación?			
A.16 ¿Hay una sala para reuniones de equipo o actividades colectivas?			
A.17 ¿Hay un consultorio dental? Si no lo tiene, marque NA.			
A.18 ¿Hay una zona de recepción?			
A.19 ¿Hay lugar para archivos y registros?			
A.20 ¿Existe una sala multiprofesional para acoger la demanda espontánea?			
A.21 ¿Existe una sala de gestión en la UBS?			

A.22 ¿Hay un baño exclusivo para el público?			
A.23 ¿Existe un baño exclusivo para los empleados de la UBS?			

Nota. Demostración de la estructura del instrumento para el Dominio A (Infraestructura) y el conjunto de ítems relacionados con la resolución (A.1 a A.23), según la categoría de infraestructura, junto con todos los aspectos que deben estar presentes como estructura física básica para el buen funcionamiento de una UBS, para realizar los servicios con calidad, seguridad, confort y resolutiveidad. Fuente: Pires, 2022.

El objetivo a ser alcanzado a través de la investigación de este dominio (infraestructura) y su conjunto de ítems, está en la relación directa entre la infraestructura y la calidad del desempeño de los equipos de salud de la familia, ya que la USF es el punto de referencia base para los usuarios de APS y que, por lo tanto, debe contar con todas las condiciones necesarias para el mejor desempeño de las acciones de los profesionales, con respecto a ser un soporte adecuado para la prestación de servicios y procedimientos, así como ser compatible para la correcta recepción y acogida de los usuarios. Sobre esta información, Brasil (2008), afirma que para poder cumplir con el compromiso de resolutiveidad previsto para la APS, la USF debe contar con recursos estructurales y equipos compatibles que permitan la acción de los profesionales de la salud de manera acogedora y humana para todos. Este espacio físico está marcado por las tecnologías presentes y por componentes estéticos, así como los que captan los sentidos (mirar, olfato y oído), como la luz, la temperatura y el ruido. Para un ambiente confortable, los componentes pueden ser modificadores y calificadores, como la recepción sin rejillas; colocación de placas de identificación de los servicios existentes y señalización de los flujos; espacios adaptados para personas con discapacidad y tratamiento de áreas al aire libre, incluidos jardines; entornos de apoyo como despensa, cocina y baños.

Como la estructura física puede influir en el proceso de trabajo realizado dentro de la UBS, Oliveira et al. (2014) afirman que, si la estructura no es adecuada, puede influir negativamente en el trabajo del equipo con respecto al grado de resolución de las demandas de salud de los usuarios. Por lo tanto, debe contener las condiciones de infraestructura adecuadas, asegurando un ambiente agradable, cómodo y acogedor.

En cuanto al dominio B (caracterización del territorio/equipo), la Figura 11 enumera el conjunto de ítems de cobertura (B.1 a B.6), relacionados a la capacidad de atención del equipo, que buscan verificar la carga de trabajo semanal del equipo, número de personas registradas por equipo, lista de servicios que se ofrecen en la USF, existencia de un informe con análisis de demanda de salud, disponibilidad de un mapa del territorio con identificación

de áreas de riesgo y formas de seguimiento del grado de satisfacción de los usuarios.

Figura 11

Dominio B - caracterización del territorio/equipo y sus ítems de cobertura.

DOMINIO B: CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO E DEL EQUIPO			
Se trata de la capacidad de atendimento del equipo de salud en su territorio de operación.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
B.1 ¿Carga de trabajo semanal de 40 horas del equipo durante todo el año?			
B.2 ¿Tiene población registrada dentro del límite de 2.000 a 3.500 personas por equipo?			
B.3 ¿Es compatible el alcance de los servicios ofrecidos (esenciales o ampliados de UBS) con la demanda en el período evaluado? Lista de verificación de los servicios adjuntos. Si hubo una falta de al menos (01) servicio en el período, considere NO.			
B.4 ¿Dispone la UBS de un informe de análisis de demanda del territorio para la oferta de servicios de la UBS, realizado por la gestión Municipal?			
B.5 ¿La UBS tiene un mapa del territorio con una clasificación visible de área de riesgo?			
B.6 ¿Existe un monitoreo de la satisfacción de los usuarios en la UBS? (Libro, caja de sugerencias, medio electrónico, etc.)			

Nota. Distribución del Dominio B y sus ítems de cobertura (B.1 a B.6) con respecto a su presencia o ausencia de ítems en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

Refiriéndose al dominio B, es importante hablar sobre los equipos de salud de la familia, que, al realizar sus acciones y servicios a los usuarios registrados en sus territorios de actividad, deben conocer toda la información clínico-epidemiológica, cultural, ambiental, socioeconómica y sanitaria de los lugares donde operan, así como, cumplir con los criterios

de cobertura poblacional, principios y directrices y atribuciones específicas de atención según la categoría profesional implicada. Todas estas indicaciones son relevantes para la planificación de acciones de salud que correspondan a las necesidades de sus comunidades.

Colussi & Pereira (2016), corroboran esta colocación al presentar los territorios como unidades organizativas mínimas del sistema de salud, que deben ser capaces de resolver todos los problemas y satisfacer todas las necesidades de salud de la población que cubre, en los tres niveles de atención a la salud. Sin embargo, para lograr esta capacidad, es importante definir adecuadamente los límites territoriales de asistencia de los equipos de salud, evaluación del perfil del flujo de desplazamiento de personas en el sitio, número de personas a ser atendidas, de acuerdo con los parámetros del Ministerio de Salud para la estrategia de salud de la familia (ESF), en línea con otras estructuras ya definidas por otros organismos como el instituto brasileño de geografía y estadística (IBGE), por ejemplo.

Además de estos factores, se requiere una oferta de servicios mínimos que debe estar disponible en la USF para una atención de calidad. La lista de estos servicios se incluye en la cartera de servicios de APS. Cunha et al., (2020) informaron que los ítems que deberían estar disponibles en los servicios de APS, después de la consulta pública, entre incorporaciones y exclusiones, resultaron en 210 ítems que prevén los servicios que deben ofrecerse en todas las USF de atención primaria y que pueden adaptarse a las realidades en contextos municipales. Esta lista de servicios ha sido tomada como referencia e incluida como archivo adjunto para consulta en el instrumento IAR-APS y puede ser vista en el (ANEXO A) para que pueda actuar como soporte durante su uso. La fuente elegida para referencia de los servicios que deberían estar disponibles en la APS se encuentra en Brasil (2020b), que se ocupa de la cartera de servicios de atención primaria de salud (CaSAPS) del Ministerio de Salud - Brasil.

El dominio C (accesibilidad), como se muestra en la Figura 12, enumera el conjunto de ítems (C.1 a C.3) que cubren este dominio, que buscan investigar las horas de servicio de los equipos, las formas de programar las consultas y horarios alternativos de atendimientos.

Figura 12

Dominio C - Accesibilidad y sus ítems de cobertura.

DOMINIO C: ACCESIBILIDAD
**Se trata de las formas en que los equipos de salud reciben a los usuarios,
de manera universal y facilitada.**

ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
C.1 ¿Hay diferentes horarios de atención por parte del equipo (sábado u horario ampliado)?			
C.2 ¿Tiene alguna manera de programar consulta por cita previa, teléfono, correo electrónico o de otra manera?			
C.3 ¿La UBS abre durante las horas de almuerzo?			

Nota. Distribución del Dominio C y sus ítems de cobertura (C.1 a C.3) con respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

El acceso en el contexto de la APS puede presentarse a través de diversos enfoques y dimensiones. Mendes (2017), presenta su definición como la oportunidad de buscar y obtener servicios de salud, de una manera adecuada a las necesidades percibidas de atención, que resulta de una interacción entre las características de las personas, familias, entornos físicos y sociales y las características del sistema de salud, las organizaciones que lo componen y los proveedores de servicios, cuyo objetivo central es permitir el contacto de los usuarios en la obtención de atención a la salud.

El estudio de Lima et al., (2022) ejemplifica que la accesibilidad puede abordarse en aspectos organizativos, relacionados con las características de la oferta de servicios y la accesibilidad geográfica, relacionados con las características geográficas, que pueden actuar como barreras o agentes facilitadores para la llegada de usuarios al servicio. Sin embargo, en el instrumento IAR-APS, este enfoque se limita a la investigación organizacional, con respecto al aspecto de la disponibilidad de acceso facilitado que puede provenir de un horario ampliado.

Utilizando datos de otro estudio, realizado por Ribeiro & Scatena (2020), al evaluar la calidad de la Estrategia Salud de la Familia en un municipio brasileño de tamaño mediano, demostró que el atributo accesibilidad presentaba limitaciones con respecto al funcionamiento de los servicios, que se limitaba a los períodos de mañana y tarde, de lunes a viernes, sin opción de horarios alternativos y con ausencia de apoyo de asistencial, ya sea presencial o remoto, puesto a disposición por la USF cuando estaban cerradas, lo que enfatiza que este tipo de barreras deben detectarse y superarse adecuadamente.

Mendonça et al. (2021) corroboran que el cumplimiento de este atributo está estrechamente relacionado con los determinantes municipales y locales de los equipos de salud de la familia y que para tener el establecimiento efectivo de la APS como entrada

preferencial, es necesario valorar la accesibilidad, reconociendo su importancia y buscando resolver sus barreras a través de la gestión, para que así, el acceso sea un factor de fortalecimiento para la calidad de la asistencia en el ámbito de las USF.

En cuanto al dominio D (acogida), presentado en la Figura 13, sobre los ítems (D.1 a D.9) que tratan de la evaluación de la universalidad de la atención, sin distinción, si hay atención simultánea a todos los tipos de demanda de salud, si hay facilidad de atención no programada, presencia de un profesional para realizar la acogida, estratificación de riesgo y vulnerabilidad, atención urgente / de emergencia y una forma de registro de las acogidas realizadas.

Figura 13

Dominio D - Acogida y sus ítems de cobertura.

DOMINIO D: ACOGIDA			
Relacionado con la forma de recibir a los usuarios, para satisfacer sus necesidades de salud, con clasificación de riesgo.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
D.1 ¿El equipo atiende a todas las personas que llegan a UBS, independientemente de si está registrado o no? (no solo ciertos grupos de población, o situaciones más prevalentes y/o fragmentadas por ciclo de vida).			
D.2 ¿Hay un servicio de demanda diaria programada y espontánea simultáneamente?			
D.3 ¿Hay alguna manera de que el equipo facilite el acceso a la atención, especialmente para aquellos que buscan la UBS fuera de las citas o actividades programadas?			
D.4 ¿Existe un profesional específico responsable de acoger a los usuarios que buscan atención?			

D.5 ¿Existe una evaluación del riesgo y la vulnerabilidad de las personas que buscan atención en la UBS?			
D.6 ¿Existe una escucha cualificada comprometida con la evaluación del potencial de riesgo, agravamiento de la salud y grado de sufrimiento de los usuarios, considerando dimensiones de expresión (física, psíquica, social) y gravedad?			
D.7 ¿Está organizado el proceso de trabajo del equipo para permitir que los casos urgentes/de emergencia tengan prioridad en la atención, independientemente del número de consultas programadas en el período?			
D.8 ¿La información obtenida en la recepción con clasificación de riesgo se registra en las historias clínicas del ciudadano (física o preferiblemente electrónicas)?			
D.9 ¿Hay realización de estratificación de riesgo, para a través de criterios clínicos, sociales, económicos, identificar subgrupos con condiciones de salud crónicas, basadas en directrices clínicas, para programar acciones de seguimiento?			

Nota. Distribución del Dominio D y sus ítems (D.1 a D.9) de cobertura respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

Para este dominio presentado, como se observa en la Figura 13, hay investigación sobre la calidad de la acogida ofrecida en la USF. En el cual, para el escenario de la APS, se reconoce según Brasil (2013a), a través de diversas dimensiones constitutivas, que la aplicación de la acogida puede ser vista como un mecanismo para ampliar/facilitar el acceso de los usuarios, como la postura, la actitud y la tecnología del cuidado y también como un dispositivo para reorganizar el proceso de trabajo en equipo.

Según la PNAB (2017) la acogida es identificada como un elemento importante perteneciente a los procesos de trabajo en la APS, siendo enfatizada como una acción que debe estar presente en todas las relaciones de cuidado entre trabajadores y usuarios, siendo una atribución común a todos los miembros del equipo de salud de la familia, que debe estar presente en los actos de recepción y escucha de las personas, sus necesidades, problematizando y reconociendo como legítimas todas las quejas, con una clasificación y estratificación de riesgo de los usuarios que buscan la USF como contacto inicial.

Sobre la clasificación del riesgo como etapa esencial de la recepción, Costa et al. (2018) afirman que es necesario apoyar y calificar a los profesionales involucrados para consolidar esta estrategia como un factor contribuyente para la organización de las redes de atención a la salud para que la atención de los usuarios sea resolutive y humanizada.

La investigación de las características relacionadas a la acogida presentes en el instrumento IAR-APS se basa en el reconocimiento de la recepción y su importancia para aumentar la calidad de la atención ofrecida por los equipos de salud de la familia, que se vuelven más capaces de corresponder a las necesidades de salud de los usuarios, así como para confirmar su práctica como una conducta necesaria para lograr el mayor grado de resolución posible.

Ribeiro et al. (2022) en su estudio sobre la percepción de los enfermeros sobre este atributo y el uso de la clasificación de riesgos en el entorno de la UBS, reafirma su importancia, cuando dice que además de ser una práctica fundamentalmente humana, que depende únicamente de profesionales insertos en la red de APS, también permite el logro de beneficios si se emplea rutinariamente en los servicios de salud, promoviendo la conexión de confianza y compromiso de los usuarios con el equipo y los servicios, siendo una acción fundamental para la humanización del SUS, así como considerada un método de calificación de los sistemas de salud, con el fin de permitir al usuario acceder a una atención justa e integral.

Para el dominio E (coordinación de la atención), que abarca los ítems (E.1 a E.8) que buscan cobertura sobre los aspectos mostrados en la Figura 14, se refieren a la investigación sobre el uso de protocolos de referencia, formas de gestión de las filas de espera de los usuarios para ser referidos a especialista, y las formas de gestión y seguimiento de los usuarios que son referidos a otros niveles de atención (secundaria y terciaria).

Figura 14

Dominio E - coordinación de la atención y su conjunto de ítems de cobertura.

DOMINIO E: COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Forma de seguimiento de usuarios en la RAS y referenciamiento de los casos necesarios			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
E.1 ¿El equipo usa o tiene un protocolo de referencia de casos disponible?			
E.2 ¿Existe una gestión de colas en la UBS para exámenes y/o consultas con especialistas?			
E.3 ¿Considera que el equipo tiene las condiciones adecuadas para referenciar servicios especializados ambulatorias?			
E.4 ¿El equipo puede ordenar el flujo de personas a los otros puntos de atención del RAS?			
E.5 ¿Tiene el equipo algún mecanismo para gestionar la referencia y la contrarreferencia en otros puntos de atención?			
E.6 ¿El equipo establece algún tipo de vínculo o relación con los especialistas que atienden a las personas en su territorio?			
E.7 ¿Tiene la UBS un servicio de regulación?			
E.8 ¿El equipo tiene apoyo matricial presencial o a distancia?			

Nota. Distribución del Dominio E y sus ítems (E.1 a E.8) de cobertura respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

La coordinación de la atención abordada en este dominio es sobre cómo los usuarios son monitoreados desde la APS y cómo ocurre el seguimiento en casos que no pueden ser resueltos dentro de las USF e involucrando al sistema de salud brasileño, a través de su conformación en Redes de Atención a la Salud (RAS). En este tema, la coordinación de la atención se entiende como la conformación de la atención que se ofrece al usuario y su seguimiento hasta el resultado o resolución de su necesidad de salud solicitada, donde, vale

la pena mencionar que esta atención puede cubrir tanto una participación de asistencia dentro del propio nivel primario, como con los otros niveles de atención posterior.

Con respecto a estas distintas perspectivas, que se pueden encontrar en la literatura sobre la coordinación de la atención, Almeida et al. (2018b) señalan que la coordinación de la atención puede identificarse en el enfoque vertical, caracterizado como el que ocurre entre los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y la coordinación horizontal, que ocurre en el mismo nivel de atención, como dentro de la propia APS. Ambas situaciones representan la base para que la coordinación clínica sea operada por profesionales de los servicios de salud y para que esta coordinación tenga lugar, es necesario que la red de atención esté establecida geográficamente, con una población definida y funciones determinadas para todos los servicios de salud que forman parte de la red asistencial.

Esto significa que incluso si una solicitud se inicia en la APS y no se resuelve en su contexto, este nivel de atención tiene la responsabilidad de coordinar la asistencia, proporcionando el referenciamiento y manteniendo el seguimiento de este usuario, hecho este que fundamenta que ambos tipos de coordinación se abordan como ítems de investigación a dicho dominio y por lo tanto contemplados en la estructura del instrumento IAR-APS.

Otro punto abordado en los ítems de investigación del dominio "coordinación de la atención" en el instrumento IAR-APS, es el apoyo matricial, que ha sido señalado como una herramienta importante que mejora la resolución de la atención en la ESF. Lazarino et al., (2019) presenta una definición sobre este tema, señalando que se trata de un arreglo organizativo y un tipo de metodología de intercambio de conocimientos que viabiliza el apoyo técnico pedagógico e institucional, capaz de garantizar la retaguardia especializada para los equipos de salud en los diversos territorios de la APS, cuyo objetivo es ampliar el campo de acción y calificar las acciones de los profesionales de estos equipos, contribuyendo al aumento de sus capacidades resolutivas. Por lo tanto, se puede concluir que el apoyo matricial es un elemento esencial de la investigación con respecto a la capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud.

Siguiendo con la presentación de los resultados, el dominio F (herramientas de gestión de la clínica ampliada) presenta su conjunto de ítems de cobertura (F.1 a F.12), como se muestra en la Figura 15, cuyo propósito es verificar el uso de recursos para ampliar la capacidad clínica de los profesionales del equipo de salud, en cuanto al uso de protocolos y guías para la atención, planes de acción, líneas de atención, uso de proyectos terapéuticos únicos, gestión de listas de espera de usuarios, indicadores asistenciales y diversos recursos diagnósticos, de apoyo terapéutico de uso inmediato en la propia USF, además de la presencia de recursos materiales suficientes para todos los atendimientos a ofrecer.

Figura 15

Dominio F - herramientas de gestión clínica y su conjunto de ítems de cobertura.

DOMINIO F: HERRAMIENTAS DE GESTIÓN CLÍNICA			
Se refiere a la preparación clínica del equipo de salud y los recursos terapéuticos y diagnósticos disponibles para ofrecer una salud de calidad.			
ÍTEMS EVALUADOS	SI	NO	NA
F.1 ¿Existe el uso de protocolos clínicos específicos y guías de conocimiento del equipo de salud en la atención realizada?			
F.2 ¿Hay uso de planes de acción en caso de necesidades específicas en el territorio?			
F.3 ¿El equipo de salud tiene conocimiento y utiliza líneas de atención para sus acciones?			
F.4 ¿Existe un uso de proyecto terapéutico singular por parte del equipo de salud?			
F.5 ¿Existe utilización de genograma y/o ecomapa?			
F.6 ¿Hay administración de listas de espera para la atención por el equipo de salud?			
F.7 ¿El equipo utiliza con frecuencia indicadores de atención para evaluar los servicios ofrecidos?			
F.8 ¿El equipo tiene la provisión de apoyo diagnóstico de acceso inmediato en la UBS: como pruebas rápidas (VIH, SÍFILIS, EMBARAZO, etc.)? En presencia de al menos 1, considere SÍ.			
F.9 ¿El equipo adopta la terapia de tratamiento directamente observada para la tuberculosis u otras enfermedades?			

F.10 ¿Existen otras tecnologías de soporte diagnóstico en UBS? Por ejemplo, electrocardiograma u otro.			
F.11 ¿No existe un período evaluado de disponibilidad completa de todos los recursos materiales para llevar a cabo los procedimientos?			
F.12 ¿Existe en la propia UBS una colección de exámenes para patología clínica?			

Nota. Distribución del Dominio F y sus ítems (F.1 a F.12) de cobertura con respecto a su presencia o ausencia en el periodo evaluado. Fuente: Pires, 2022.

En cuanto a los ítems de investigación, definidos para el tema "herramientas de gestión clínica", se buscó identificar la capacidad clínica del equipo de salud que ofrece atención en un territorio determinado relacionado a la APS. Se refiere a la preparación clínica y terapéutica, así como a la disponibilidad de recursos tecnológicos que el equipo tiene para realizar una atención de calidad, integral y resolutive, con respecto a las disposiciones como competencia para la atención primaria.

Esta afirmación es revalidada por la propia política Brasileña de atención básica, que prevé la comprensión de estas herramientas para la atención clínica en la APS, que se refiere a un conjunto de tecnologías de gestión de la atención que están destinadas a promover la atención de salud de calidad y cita los siguientes ejemplos: uso de protocolos y guías clínicas, planes de acción y líneas de atención, proyectos terapéuticos singulares, gestión de listas de espera, entre otros, donde estas herramientas deben ser efectivas, seguras, oportunas, basadas en evidencias y que se apliquen de manera humanizada (PNAB, 2017a).

Padilha et al. (2018) informan que la gestión de la clínica tiene como objetivo producir una atención integral de salud, basada en la calidad y la seguridad y orientada de acuerdo con las necesidades de salud de las personas y las poblaciones, a través de la transformación de las prácticas de atención, gestión y educación. Así, tales colocaciones llevan a creer que la gestión de la clínica estaría enfocada en la búsqueda de una especie de alineación o una atención homogénea y de calidad en toda la atención, pero que, para ello, se requiere el uso de estrategias que puedan hacer realidad este objetivo.

Para Grabois (2011), en Brasil, la gestión de la clínica se ha practicado mediante el uso de herramientas, también llamadas tecnologías de gestión clínica, donde este autor enfatiza algunos aspectos esenciales para su uso, como la medicina basada en la evidencia

(a partir de investigaciones relevantes); gestión de casos (identificación de pacientes, generalmente de naturaleza crónica, con un potencial de alta demanda de servicios de salud); manejo de patología (uso de intervenciones clínicas, educativas y gerenciales relacionadas con una afección o enfermedad en particular); Uso de guías clínicas (recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para guiar a médicos y pacientes sobre la atención médica adecuada en circunstancias clínicas específicas) y monitoreo de indicadores de proceso y resultado (apoya el proceso de gestión clínica como una herramienta para evaluar la efectividad de la atención).

Así, se verifica que el uso de cada tipo de herramienta para la gestión clínica, como el uso de protocolos clínicos y guías terapéuticas, contribuye a la implementación de los principios que guían esta estrategia asistencial, especialmente relacionados con la seguridad y la calidad de la atención, estableciendo criterios científicos necesarios para la estandarización de los procesos clínicos y orientadores de la práctica profesional (Cordova et al., 2020), y su uso es importante y necesario para lograr la resolutivez en el entorno de las unidades de salud de la familia.

En el dominio G (procesos de educación permanente), los ítems (G.1 y G.2) tienen como objetivo cubrir el dominio de acuerdo con su definición, en el que evalúa el desempeño de acciones regulares de educación permanente con el equipo de salud y el uso del apoyo digital para aclarar dudas clínicas, capacitación, entre otros, como el “telesalud”, como se muestra en la figura 16.

Figura 16

Dominio G - Procesos de educación permanente y sus ítems de cobertura.

DOMINIO G: PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE			
Se trata del aprendizaje que se produce en el entorno laboral ante la necesidad de actualizarse y adaptarse al perfil del territorio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
G.1 ¿Hay acciones de educación permanente periódicas y regulares en el equipo, con un mínimo de 1 actividad mensual?			
G.2 ¿El equipo tiene acceso/utiliza en su UBS al telesalud?			

Nota. Distribución del Dominio G y sus ítems (G.1 a G.2) de cobertura con respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

Considerando el propósito del dominio G, sobre acciones de educación permanente, se relaciona su importancia a la mejora y actualización necesarias de manera constante a las prácticas de cuidado, especialmente cuando se aplican en el ámbito de la APS, a los profesionales que son miembros de los equipos de salud de la familia, por estar en territorios con realidades epidemiológicas, sanitarias, culturales, y económicas diversas, que también requieren una preparación constante y correspondiente a estas diversidades y así promover un servicio de mayor calidad posible frente a la comunidad asistida.

Sobre esta correspondencia entre la preparación profesional y las características del territorio de acción en la APS, Ferreira et al., (2019) señalan que la Educación Permanente en Salud (EPS) tiene, en el escenario asistencial, el proceso de trabajo como objeto de transformación, a partir de una concepción crítica de los profesionales involucrados sobre lo que está sucediendo en la rutina diaria de los servicios y buscando soluciones junto con el equipo para los problemas encontrados. Donde, para tener una efectividad de las actividades de educación continua en salud, es necesario ser inicialmente reconocido y legitimado como un movimiento de política educativa por los trabajadores de salud en el campo de sus prácticas.

También sobre el enfoque de la educación permanente, es interesante destacar cómo sus principios deben ser aplicados en la práctica de la atención en los servicios de salud. En su artículo sobre las prácticas desarrolladas en los municipios del estado de Goiás, Brasil, Barcellos et al., (2020) identificaron que las acciones más comunes en la APS fueron reuniones de equipo, intercambios de experiencias, estudio y discusión de casos, ruedas de conversación, implementación de protocolos, planificación, trabajo en equipo, planificación, tutoría y apoyo matricial.

Sin embargo, a pesar de ser las actividades más comúnmente realizadas por los equipos de salud y que fueron investigadas en el instrumento IAR-APS, la esencia de la educación permanente en salud apunta a un objetivo superior, que es una transformación profunda de los procesos de trabajo dentro de los servicios de salud y no solo un actuar puntual y desfragmentado. Silva et al. (2021) confirman sobre el papel transformador de la educación permanente y destacan el papel de los profesionales en la promoción de una reflexión y problematización de sus conductas, basadas en las necesidades de sus territorios y usuarios, buscando soluciones que califiquen el servicio prestado. Por lo tanto, las prácticas de educación permanentes dentro de la APS deben ser dinámicas, flexibles y de acuerdo con las directrices del SUS.

En esta perspectiva, se puede entender que la educación permanente tiene una fuerte relación con el potencial resolutivo de los equipos de salud de la familia, ya que se convierte en el camino para la mejora profesional y la corrección de las debilidades de la

atención que pueden contribuir a la baja resolución en la atención, especialmente para los grupos más vulnerables o situaciones que pueden extrapolar las habilidades o conocimientos de los profesionales.

Un ejemplo de esta afirmación puede verse en el estudio realizado por Gama et al. (2021), sobre el desempeño de los profesionales de la APS frente a las demandas de salud mental en una determinada región de Brasil, que identificó que a pesar de que la demanda de usuarios en esta área ha aumentado, no había estrategias para cuantificar y organizar esta demanda, donde el principal factor atribuido en esta investigación fue la falta de preparación de los profesionales para tratar el tema y la falta de capacitación en el área, especialmente en temas específicos sobre el asunto, señalando la falta de prácticas de educación permanente, que podrían ser el instrumento para superar parte de estas dificultades.

Una de las herramientas de apoyo para las acciones de educación continua verificadas en la literatura es el “telesalud”, caracterizado según Dolny et al. (2019) como una herramienta de apoyo muy útil para identificar problemas en los procesos de trabajo, expansión del conocimiento aplicado al contexto local, trabajo interdisciplinario y protagonismo en la toma de decisiones para mejorar la calidad de las prácticas de salud y cuyo uso debe ocurrir a solicitud del Equipo de Salud de la Familia, teniendo la integralidad como eje principal.

En cuanto al dominio H (atención integral), la cobertura de ítems (H.1 a H.4), como se muestra en la Figura 17, se dispuso para verificar los aspectos de organización de la USF con respecto al manejo de los usuarios que no programan la atención (demanda espontánea), el uso de mecanismos para garantizar la referencia a casos no resueltos, si hay apoyo del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y acciones educativas en la UBS y en otros lugares ubicados en el territorio.

Figura 17

Dominio H - Atención integral y su conjunto de ítems de cobertura.

DOMINIO H: ATENCIÓN INTEGRAL			
Relacionado con la prestación de cuidado frente a todas las demandas de salud y con la coordinación de la atención para otros niveles de la Red de Atención de Salud (RAS).			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
H.1 ¿Existe una lista de espera en la UBS para atender las demandas que surjan el			

mismo día?			
H.2 ¿Utiliza la UBS algún mecanismo que garantice la referencia (en casos no resueltos en la UBS) a otros servicios el mismo día?			
H.3 ¿El equipo organiza asistencia multiprofesional en casos requeridos con el NASF?			
H.4 ¿El equipo realiza actividades de educación para la salud en la propia UBS y fuera de ella (guarderías, escuelas, iglesia, asociaciones, etc.) al menos una vez al mes?			

Nota. Distribución del Dominio H y sus ítems (H.1 a H.4) de cobertura con respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

La atención integral de la salud se refiere a la capacidad de la APS para ofrecer una atención completa al usuario de acuerdo con sus demandas. Se refiere al principio de integralidad, uno de los ejes doctrinales del SUS. Pinheiro (2007), lo define desde una concepción jurídica e institucional, como un conjunto de acciones y servicios integrados de salud, preventivos y curativos, individuales y colectivos que deben ofrecerse de acuerdo con los niveles de complejidad del sistema.

La PNAB (2017) también inserta la atención integral como una actividad importante a ser instituida en los procesos de trabajo de los equipos de salud de la familia, que debe ser ofrecida continuamente y con la población inscrita, con base en sus necesidades sociales y de salud, a través de la provisión de acciones de continuidad informativa, interpersonal y longitudinal. Para ello, refuerza que la APS con sus profesionales debe adoptar conductas que involucren la noción de clínica en su concepción ampliada, conocimiento sobre la realidad local, trabajo en equipo multiprofesional, transdisciplinario e intersectorial, para lograr una atención integral y de calidad, resolutive y articulada con los otros niveles de la red de atención a la salud, que contribuye al fortalecimiento de la autonomía de las personas en el cuidado de la salud (Brasil, 2017a).

Esto significa que el enfoque de la atención integral en la APS implica asegurar a las personas que la buscan una asistencia completa, incluso si es necesario hacer referencia a otros niveles de atención del sistema de salud. Así, de acuerdo con el contexto presentado,

el instrumento IAR-APS buscó contemplar si existen garantías de este derecho asistencial, a partir de la investigación de mecanismos que permiten la atención de usuarios que no pudieron ser atendidos el mismo día, así como una asistencia resolutive, que a veces requiere apoyo matricial para ser alcanzada.

A este apoyo matricial, de Jesús Soares & Rivemales (2019) en un estudio de revisión sobre el tema, describen que este tipo de atención ofrecida a los equipos de salud de la familia tiene como objetivo la reorganización de la atención de salud, la gestión de casos, conductas y servicios, a través del apoyo de los equipos de referencia en el desempeño de sus funciones y la posibilidad de integrar diferentes puntos de vista ante el usuario, enriqueciendo el cuidado de la salud y ofreciendo una contribución técnico-científica más amplia a la práctica diaria del cuidado. Donde, las principales formas de suministro realizadas por el apoyo matricial a los equipos de salud de la familia estuvieron representadas por atención conjunta, discusión de casos, evaluación y orientación de casos, identificación de casos tratados inadecuadamente, construcción de un Proyecto Terapéutico Singular (PTS) para situaciones clínicas específicas, reuniones intersectoriales, visitas domiciliarias, intercambio de experiencias, capacitación y supervisión. Todas estas, acciones importantes para calificar la atención y aumentar la resolutive en la APS.

En cuanto a las actividades de educación en salud, también investigadas en el dominio G, el ítem tuvo como objetivo asociar la atención integral con la oferta de autonomía de los individuos sobre su propia salud, como factor de alcance para la atención integral con respecto a la promoción de la salud. Assis et al. (2015) relatan que los servicios de salud necesitan apropiarse del concepto de integralidad y así promover una intervención centrada en el usuario que estimule su autonomía en su forma de gestionar su propia vida, sin perder de vista la dimensión asistencial que debe estar presente en cualquier acto de salud. Porque, sólo a través del diálogo y la negociación, marcados por la intersubjetividad entre trabajador y usuario, será posible encontrar caminos que conduzcan a la resolución de las necesidades planteadas en este encuentro.

Da Silva et al. (2018) refuerzan la importancia de la práctica del cuidado basado en el principio de integralidad, que requiere acciones interdisciplinarias que ofrezcan un cuidado horizontal, buscando satisfacer las necesidades de salud de cada individuo. Por lo tanto, es esencial involucrar al gobierno, los profesionales de la salud y los usuarios del sistema de salud para implementar todos los principios que rigen el SUS, con el fin de fortalecer los lazos que avanzan hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Sobre la importancia de la promoción de la salud, Buss et al. (2020) informan que su definición ha sido entendida en los últimos 30-35 años, como una estrategia prometedora para enfrentar los problemas de salud que afectan a las poblaciones humanas y que comienza con una amplia comprensión del proceso salud-enfermedad y sus determinantes,

que articula conocimientos técnicos y populares, recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados, utilizados en favor de la calidad de vida, con el fin de promover la autonomía de los individuos sobre su propia salud. Y en este escenario, la APS tiene un papel fundamental por la proximidad a las comunidades y sus diversas realidades.

Otra selección realizada para integrar el instrumento IAR-APS se refiere al dominio I, junto a su único ítem de cobertura, que buscó investigar la resolutivez en su aspecto cuantitativo. Para este ítem, existe una forma de calcular la resolutivez relacionada con la capacidad del equipo de salud para asistir a los usuarios que buscan atención, a través de la disponibilidad de recursos disponibles en la USF. La elección del ítem fue concebida de tal manera que se realice a través de una recolección de información que será utilizada para componer el cálculo e identificar si al menos 80% de las personas que buscan la APS como su primera atención, tienen sus necesidades de salud acogidas en su contexto.

Para ello, la información necesaria para verificar este ítem, inicialmente parte de la identificación del número de usuarios que buscaron atención y por alguna razón no fueron atendidos el mismo día (demanda reprimida), refiriéndose al período elegido para la evaluación. También es necesario identificar el número total de atendimientos realizados por los profesionales del equipo de salud de la familia para el mismo período. Así, se sigue el cálculo a partir de la recolección de los datos mencionados, donde se trata de: número total de atendimientos realizados por los profesionales del equipo de salud de la UBS (médico, enfermero y técnico de enfermería) en el período evaluado, dividido por el total encontrado con el mismo valor de atención realizada, sumado al número total de atendimientos rechazadas en el mismo período, como se observa en la figura 18. El resultado debe ser igual o superior a 0,80, ya que el valor mínimo aceptable de resolución cuantitativa es del 80%, según la referencia seleccionada en el presente estudio. Para ayudar a realizar el cálculo, también se dispuso de un registro de demanda reprimida (APÉNDICE C) para su uso en el período elegido para la evaluación. El presente cálculo fue sugerido por Simeant (1984), en su estudio sobre resolutivez en unidades de salud y hospitales ubicados en Chile.

Figura 18

Dominio I - resolutivez cuantitativa y su ítem de cobertura.

DOMINIO I: RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA			
Relacionado con la capacidad cuantitativa de atención del equipo de salud, junto con los recursos disponibles para la atención.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA

I.1 Calcular la resolutivead cuantitativa en el período evaluado utilizando el cálculo: número de solicitudes atendidas en el UBS/número de solicitudes respondidas + número de solicitudes rechazadas. ¿El resultado fue igual o superior a 0,80?			
--	--	--	--

Nota. Distribución del Dominio I y su ítem (I.1) de cobertura con respecto a su presencia o ausencia en el periodo evaluado. Fuente: Pires, 2022.

Así, como se observa en la figura 18, el objetivo de la investigación del ítem fue identificar si se está alcanzando el mínimo recomendado por la literatura para el grado de resolutivead esperado para la APS. Según Mendes (2019) "los datos brasileños muestran que una APS bien organizada puede resolver entre el 87,5% y el 91% de los problemas que se presentan en la APS". pág. 54. Dónde, en esta autoría, destaca sobre la forma de interpretación sobre las demandas o necesidades de salud, porque pueden ser muy complejas debido a sus dimensiones cuantitativas, cualitativas y diversidad, que se convierten en un gran desafío para los profesionales de la salud.

En este sentido, debido a la complejidad que puede estar relacionada con las demandas de salud, para el instrumento construido, se tiene en cuenta que una demanda resuelta es aquella que es recibida por la UBS/USF el mismo día que se presenta, ofreciendo algún tipo de asistencia, ya sea a través de consultas o procedimientos, en los que el usuario obtiene una garantía de respuesta sobre su necesidad, incluso si este problema no se diagnostica o resuelve rápidamente, ya que no siempre es posible un diagnóstico oportuno del motivo de la atención. Es decir, el objetivo es identificar casos que no son acogidos el mismo día, ya sea porque no fueron programados adecuadamente el mismo día de la demanda, o porque no hubo profesionales, vacantes para consultas o falta de cualquier tipo de material o insumos que deban ofrecerse para la realización de la atención, y el paciente regresa a casa sin ningún tipo de atención para el día de su demanda en el servicio de APS.

Por lo tanto, en el ambiente de la APS, es aconsejable considerar las quejas presentadas por los usuarios como problemas de salud o condiciones de salud, que con diagnósticos de enfermedades (Mendes, 2019), porque muchas veces, la razón para buscar atención requiere un tiempo más largo para ser determinada como diagnóstico y también, por la subjetividad de las quejas, lo que dificulta su establecimiento claro. Por lo tanto, la

capacidad de resolutivead de problemas no puede entenderse solo cuando hay una resolución final de un problema de salud, ya que no siempre hay una especificidad sobre estas demandas. Turrini et al. (2008) considera la capacidad de resolución de problemas (resolutivead) como la respuesta satisfactoria que el servicio buscado proporciona al

usuario, donde esta respuesta no se limita, exclusivamente a la curación de enfermedades, sino también al alivio o minimización del sufrimiento, la promoción y el mantenimiento de la salud y que puede evaluarse en el propio servicio, como su capacidad para satisfacer su demanda y dentro del sistema de salud, a través de la referencia de casos a otros niveles de atención.

Es esencial que la atención ofrecida por la APS se base en una concepción ampliada de la salud, considerando las subjetividades de las demandas, que no se limitan solo a las enfermedades, que pueden ser diagnosticadas con prontitud, sino a partir de un conjunto de factores que pueden generar sufrimiento que va más allá del aspecto físico. Silva et al. (2021) presentaron un refuerzo en este enfoque, mencionando que en la rutina diaria de los servicios de APS, las personas están presentes debido a una necesidad o lesión percibida, que a menudo no se cumplen de manera integral, y sí, en respuesta al daño o queja del momento de manera específica, concretando la atención curativa, fragmentada, sin vínculo y sin corresponsabilidad entre profesional y usuario. Y, en el escenario de este estudio, la capacidad de resolución de problemas (resolutividad) se entiende como la aceptación y acogida de la demanda presentada, sin que el usuario regrese a su hogar con una respuesta negativa o ausencia de atendimento al motivo de su búsqueda. Por lo tanto, la demanda reprimida es esencial para ser estudiada y tenida en cuenta como un factor de calidad de la asistencia ofrecida en la APS.

Con el fin de reforzar la intención de utilizar el único ítem perteneciente al dominio I, sobre resolutividad cuantitativa, es interesante complementar su concepto e importancia, como se observa en el estudio de Simeant (1984) al analizar la resolutividad de la demanda de atención a la salud en el nivel primario en una zona rural de Chile, en la que desarrolló una de las primeras reflexiones sobre este tema, al definir la capacidad de resolución cuantitativa como la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o nivel de atención para atender a quienes solicitan atención. Teniendo en cuenta que esta capacidad depende de un factor cuantitativo que es el volumen total de atención que se puede otorgar a partir de los instrumentos disponibles y el desempeño de estos instrumentos en un determinado servicio de salud. En el cual, también afirma, que este volumen de atención demandado puede variar en tiempo y espacio, por lo tanto, se recomienda a los gerentes responsables, estudiar la distribución de estas necesidades presentadas en sus lugares de operación, a fin de determinar los recursos humanos y tecnológicos correspondientes. En el cual, sugiere que el cálculo para evaluar la resolutividad cuantitativa se base en la recolección del número de solicitudes respondidas sobre el número total de solicitudes de atención, donde el criterio de medición es el número de solicitudes que fueron rechazadas por este profesional, establecimiento o nivel de atención, es decir, la demanda reprimida.

Sobre algunos aspectos relacionados con este tipo de demanda, la literatura en

general señala que su estudio está relacionado con factores específicos, como la demanda de los usuarios para la atención con especialistas, la realización de exámenes de diversas complejidades, cirugías, servicios dentales o dirigidos a públicos específicos como niños con necesidades especiales, mujeres en edad fértil, salud mental o pacientes con enfermedades crónicas, es decir, son aquellos usuarios que necesitaban algún tipo de asistencia y diversos procedimientos, pero que por alguna razón no tenían esta necesidad cubierta, generando así una acumulación de individuos esperando que sus problemas fueran resueltos. En la APS, siguiendo esta misma lógica, se puede inferir que cualquier tipo de demanda de salud que esté presente en sus servicios y que no se resuelva en su entorno, representa una demanda reprimida. Esto requiere que se investiguen los motivos de la no resolución, así como el perfil de las demandas acumuladas, para que se establezca la planificación correspondiente.

Estas situaciones mencionadas son corroboradas por la literatura científica más reciente, a partir de 2018, que demostró algunos ejemplos de estudios sobre la demanda acumulada en atención primaria. Pereira et al. (2022) en su estudio sobre la atención fisioterapéutica ambulatoria, verificaron la existencia de una alta tasa de demanda acumulada de acceso a los servicios de fisioterapia referidos por la APS en adultos con alteraciones motoras, con tiempo de espera prolongado entre la solicitud y la programación de la atención especializada requerida. Otros hallazgos en la literatura se refieren a la formación de demanda reprimida causada por la pandemia de covid-19 en pacientes con enfermedades crónicas que ya no son tratados debido a restricciones de acceso a la UBS, investigadas en un municipio del Estado de Ceará, Brasil (da Silva Filho & Rodrigues, 2020), pero que pueden reproducirse en todo el territorio nacional, por el carácter pandémico de la infección.

Otro ejemplo puede verse en el estudio de Chávez et al. (2020), sobre el análisis de la interrelación de la demanda y la accesibilidad en la estrategia salud de la familia, cuya demanda reprimida identificada estaba relacionada con las referencias a especialistas, debido a la restricción en el número de posibles referencias (cuota insuficiente), atribuida a la falta de recursos humanos, no realizar pruebas específicas que podrían apoyar la atención en la propia APS, con baja resolución y dificultades de acceso a la ESF. Según Mendonça et al. (2019), en su estudio que evaluó la integración entre los equipos de ESF y la atención secundaria en neurología en el norte de Minas Gerais, Brasil, comprobaron que había una demanda reprimida de consultas en esta especialidad y cuyas razones estaban relacionadas con la ausencia de interacción efectiva entre los niveles de atención y la falta de criterios específicos para las referencias, lo que causó un tiempo de espera prolongado y, por lo tanto, una baja resolución.

Por lo tanto, de lo anterior, se observa que cuanto mayor es el potencial de resolución

de problemas de la APS, mayor es la reflexión a los otros niveles de atención, que actuarán de manera más calificada y con demandas que son solo de sus competencias, debido a la menor carga causada por la resolución adecuada de la APS. Sin embargo, sólo será posible actuar satisfactoriamente para reducir la demanda acumulada en los servicios de salud, si existe un mecanismo eficiente que identifique el perfil de esta demanda, las razones de rechazo de la atención, así como el análisis correcto de los factores involucrados en la baja resolución. Actualmente, no se percibe en los sistemas de información en salud, mecanismos que identifican los rechazos de atención en la APS, salvo en los servicios de defensoría del pueblo en los departamentos de salud de cada región, lo que refuerza la importancia de los estudios sobre el perfil de este tipo de demanda en la APS.

Finalmente, en el dominio J (resolución cualitativa), su único ítem de cobertura tiene como objetivo verificar el número de referencias realizadas a especialistas en un período determinado, cuya tasa no debe exceder el 20%. El análisis de ítems debe obtenerse calculando el número total de atendimientos realizadas en el período, restado del número total de referencias realizadas a especialistas y dividido por el número total de atendimientos realizados y multiplicado por 100 al final, como se muestra en la Figura 19, abajo.

Figura 19

Dominio J - resolución cualitativa y su ítem de cobertura.

DOMINIO J: RESOLUTIVIDAD CUALITATIVA			
En cuanto a la capacidad de los equipos de salud para satisfacer las demandas específicas de los usuarios. Se evalúa por la capacidad clínica de los profesionales y el apoyo existente para las acciones terapéuticas y diagnósticas. Evaluado por el número de referencias al especialista.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
J.1 Calcular el número de referencias realizadas a especialistas en el periodo. ¿La tasa fue inferior al 20%?			

Nota. Distribución del Dominio J y su ítem de cobertura (J.1) con respecto a su presencia o ausencia en el período evaluado. Fuente: Pires, 2022.

Como concepto fundamental adoptado para el ítem, Simeant (1984) describe que la resolutivead cualitativa está relacionada con la estructura de la demanda y varía en función del origen de la necesidad que motivó la demanda, que puede ser de varios tipos (cirugías, obstetricia, pediatría, etc.) y dependiendo de la complejidad de estas necesidades, ya sea

mínima o alta. Así, la capacidad que tiene el profesional, establecimiento o nivel de atención para atender esta necesidad depende de factores cualitativos, como el grado de formación del profesional que atiende y todos los recursos de apoyo con los que se cuenta para el diagnóstico y tratamiento del caso presentado.

Para la forma de cálculo atribuida al ítem, también se utilizaron las observaciones de Simeánt (1984), que define en su artículo que la capacidad cualitativa de control de problemas se evalúa por el número de casos resueltos sobre el número de casos atendidos, donde el criterio de medición se debe al número de casos que son referidos por el profesional, establecimiento o nivel de atención. Con la misma definición observada a través del Programa Nacional de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), establecido en Brasil en 2011.

Acerca del PMAQ-AB, este es un programa creado con el objetivo de inducir la expansión del acceso y la mejora de la calidad de la APS a través de un conjunto de estrategias de calificación, monitoreo y evaluación del trabajo de los equipos de salud, en el que abogó por el uso de indicadores de desempeño, incluida la dimensión de resolutivez, que implicó el análisis del porcentaje de referencias a servicios especializados con un parámetro de 5 a 20% (Souza et al. 2022).

Brasil (2017) en su manual instructivo del programa mencionado, sobre las recomendaciones para el uso del indicador referido a la resolución de problemas en la APS (resolutivez), señala que el propósito de su análisis fue identificar variaciones geográficas y temporales en el desempeño de las referencias médicas a servicios de atención especializada, con el fin de evaluar su nivel de resolutivez e identificar la necesidad de intervenciones en áreas específicas, mejorar la organización entre los niveles de atención y también asistir en los procesos de planificación, gestión y evaluación de las políticas públicas centradas en la calidad y mejor resolución de los servicios de atención primaria. Se calcula por el número de referencias médicas al servicio especializado sobre el número total de atendimientos individuales realizados por este mismo profesional, multiplicado por 100.

Sin embargo, es importante destacar que el alcance seleccionado para el ítem final del instrumento IAR-APS involucra no solo al profesional médico, sino también a los cuidados y referencias realizadas por el enfermero de la USF, ya que, en algunas regiones de Brasil, por sus propios decretos, hay permiso para que la referencia sea realizada por esta categoría profesional, quedando a discreción del lugar de aplicación del instrumento la elección entre incluir o excluir el cuidado de este profesional, según su propia realidad.

Además, para ampliar los aspectos relacionados con el ítem, las referencias también se mencionan en la literatura como un sistema de referencia y contrarreferencia, que ocurre cuando un usuario pasa de un nivel de asistencia a otro. De Medeiros et al. (2021) informan que la APS como puerta de entrada y ordenamiento del SUS, es portadora de importantes

herramientas de gestión para lograr la integralidad de la atención, con el fin de garantizar que los usuarios sean atendidos transversalmente y que contemple todas sus necesidades mencionadas y observadas.

Reforzando que en este aspecto, la referencia y contrarreferencia pueden visualizarse para el escenario SUS como una herramienta de integración entre los niveles de atención y cuya afirmación es apoyada por Andrade & Francischetti (2019), que describe la referencia y contrarreferencia en salud como un mecanismo que favorece el intercambio de información en la red de atención, el monitoreo del usuario en el sistema y la continuidad de la atención, permitiendo la comunicación entre los servicios de menor y mayor complejidad y favoreciendo que el usuario sea asistido en una continuidad, basada en su historial de salud y tratamientos pasados con el fin de apoyar y calificar las RAS.

Así, se observa que la referencia dentro de la APS es necesaria cuando la demanda de salud presentada no pudo ser satisfecha por la máxima competencia del nivel primario. Es decir, que otra función importante de la APS debe ejercerse para asegurar que incluso en mayores grados de complejidad, la atención se preste, desde este punto de atención, a través de su papel de coordinador de la atención, que debe ejercerse con calidad. Según Sales et al. (2020), la coordinación de la atención en la APS tiene como objetivo conectar los diferentes niveles de atención en el contexto de las RAS, así como el uso de la integralidad, para que todos los usuarios del SUS puedan tener sus necesidades satisfechas. Sin embargo, si hay una falla en esta integración de la atención, se generarán gastos innecesarios, aumento del tiempo de espera para las citas, demanda reprimida de diversas naturalezas, errores de diagnóstico y, en consecuencia, mal funcionamiento del servicio, constituyendo un desafío a superar por la APS.

El acto de hacer referencia a un usuario con necesidades de salud que excedan la competencia de la APS debe realizarse con criterio y responsabilidad, ya que el primer punto de importancia de esta cuestión se refiere a la comprensión de que la referencia debe ocurrir ante una situación de mayor grado de complejidad y no atribuida por baja resolución de la atención primaria, es decir, referir a los usuarios a través de situaciones que deberían resolverse en este nivel, señala su baja capacidad resolutoria, que necesita ser investigada y superada. Y, otro punto, se refiere a los criterios de referencias que deben basarse en una necesidad real del usuario. Por lo tanto, el Ministerio de Salud de Brasil, con el fin de racionalizar este mecanismo de referencia de los usuarios de la APS, creó una serie de protocolos de referencia, que, junto con otros mecanismos de apoyo a los profesionales de este nivel de atención, tienen como objetivo calificar la atención.

Brasil (2016) apoya esta afirmación, principalmente cuando aborda la importancia de que la atención primaria tenga alta resolución, a través de la capacidad clínica y la atención de sus equipos de salud de la familia, el uso eficiente de tecnologías duras y la correcta

articulación de este nivel con otros puntos de la red de salud. Y luego, poniendo que el uso de protocolos de referencia son herramientas, al mismo tiempo, de gestión y atención, porque se utilizan tanto para guiar las decisiones de los profesionales solicitantes como para actuar como una referencia que modula la evaluación de las solicitudes por parte de los médicos reguladores. Mencionando también la necesidad de otros aspectos para efectuar el uso de dichos protocolos, que están representados por la articulación con procesos que aumentan la capacidad clínica de los equipos, a través de prácticas de microrregulación en la USF, como la gestión de filas propias de exámenes y consultas descentralizadas para cada USF, acuerdo de flujos y protocolos, apoyo matricial presencial y/o a distancia, entre otros. Así, después de superar todas las etapas de construcción del instrumento, seguidas de sus justificaciones para la selección de todos los dominios y ítems, con base en la literatura seleccionada, se obtuvo la primera versión del instrumento IAR-APS, que puede ser vista completamente en el APÉNDICE A.

8.2 Análisis de la validación de apariencia, contenido y confiabilidad del instrumento IAR-APS con el comité de expertos seleccionados.

8.2.1 Caracterización de los jueces expertos participantes

Una vez construido el instrumento IAR-APS, se inició el proceso de validación de su contenido, apariencia y confiabilidad. Para ello, participaron 10 jueces expertos en el proceso de evaluación, quienes fueron invitados individualmente, por ser considerados expertos en la temática del estudio, la APS. Después del consentimiento ético para participar en el estudio, se recogieron datos sobre la caracterización de los participantes, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Caracterización de los datos recolectados de los jueces expertos participantes en la validación del instrumento IAR-APS.

Sexo	n	%
Femenino	8	80
Masculino	2	20
Edad		
25 – 30 años	2	20
30 – 40 años	6	60

Más de 40 años	2	20
Graduación		
Enfermería	6	60
Servicio social	1	10
Medicina	3	30
Tiempo de graduación		
2 – 5 años	3	30
Más de 10 años	7	70
Tiempo de actuación en la APS		
2 – 5 años	3	30
5 – 10 años	5	50
Más de 10 años	2	20
Forma de actuación actual		
Profesor universitario	6	60
Gestor en la APS	1	10
Enfermero de la ESF	1	10
Medico de la ESF	2	20
Titulación máxima		
Especialización	4	40
Maestría	4	40
Doctorado	2	20
Docencia anterior o actual en el área de la APS		
Sí	10	100
No	0	0
Actualmente realiza investigaciones en el área de la APS		
Sí	9	90
No	1	10
Actuación asistencial en el área de la APS		
Sí	10	100
No	0	0
Tiempo de asistencia.		
1 – 3 años	2	20
3 – 5 años	5	50
Más de 5 años	3	30
Total	10	100

Nota. Distribución de los datos recolectados para la caracterización de los jueces expertos participantes, para el proceso de validación del instrumento en cuanto a contenido, apariencia y confiabilidad. Fuente: Pires, 2022.

Los resultados de la caracterización de los jueces participantes, evidenciados en la tabla 1, muestran que, en cuanto al sexo, 8 (80%) de los jueces eran mujeres, con 06 (60%) en el grupo de edad de 30 a 40 años. En cuanto a la graduación, 6 (60%) de los participantes eran de enfermería, 03 (30%), con formación en medicina y 01 (10%), con licenciatura en servicio social.

Sobre el tiempo de formación profesional, la mayoría 7 (70%), tenía más de 10 años desde la graduación. Con respecto al tiempo de actividad en la APS, todos los participantes trabajan o han trabajado en el área 10 (100%), con una mayoría de 5 (50%), con 3 - 5 años de experiencia. También se realizó una investigación sobre la forma actual de ejercicio profesional, con 6 jueces (60%), que actúan como profesores universitarios (01 medico, 05 enfermeros); 1 profesional (10%), actuando como gestor de la APS (servicio social); 01 profesional (10%), como enfermero de la estrategia salud de la familia (ESF) y 02 (20%), como médicos de la estrategia de salud de la familia (ESF). Todos los jueces tenían títulos de posgrado, 04 (40%) con especialización; 04 (40%) con maestría y 2 (30%) con doctorado. Los resultados también mostraron que todos los jueces 10 (100%) tenían experiencia actual o previa en la enseñanza del área investigada. En cuanto al estudio en el área, la mayoría 9 (90%) refirieron estar en algún tipo de investigación en el área, y, finalmente, sobre la experiencia de atención directa en la APS, todos los 10 jueces (100%) también han trabajado en equipos de salud de la familia, y de estos, 5 (50%), por un período de 3 - 5 años.

Así, el número de jueces seleccionados que compusieron los resultados encontrados en la tabla 1, están de acuerdo con la proporción de jueces aceptable para la realización de estudios de validación, según se especifica en la sesión metodológica, en la que se utilizan especialistas en el área de acción investigada, como criterio cualitativo para la realización del proceso de validación establecido para el instrumento, que tuvo en cuenta la experiencia relevante de los profesionales participantes que fueron responsables de evaluar el instrumento IAR-APS, en sus aspectos de contenido, apariencia y confiabilidad.

Como se trata de un estudio metodológico, con la creación de un nuevo instrumento de evaluación para ser utilizado en la APS, es necesario seguir pasos para demostrar su calidad y cumplir con los propósitos para los cuales se propone. Cunha et al. (2016) muestran que la evaluación psicométrica adecuada de los instrumentos de medición es esencial como criterio de buena calidad de los instrumentos de medición y se basa en probar su evidencia de validez y fiabilidad.

Por lo tanto, un instrumento de medición debe cumplir dos requisitos esenciales:

validez y fiabilidad. En cuanto a la validez, estas son representaciones precisas de la característica que se pretende medir (de Andrade Martins, 2006) y la fiabilidad, según Contandriopoulos (1999), como la capacidad de un instrumento de medición para reproducir un resultado consistentemente en el tiempo y el espacio o por diferentes observadores, si se utiliza correctamente.

Pillati et al. (2010) informan que hay tres tipos de validez: validez de contenido, criterio y constructo. La validez de contenido, cuya prueba fue seleccionada para este estudio, se obtiene con el juicio de la proporción en que los ítems seleccionados para medir una construcción teórica seleccionada representan todas las facetas importantes del concepto a medir. En este tipo de validez, existe la inclusión de la validez aparente del instrumento, que se entiende como la coherencia aparente entre lo que se quiere medir y el recurso de medición elegido. Estos autores también agregan que los procedimientos que generalmente se utilizan para evaluar la validez del contenido son las opiniones de jueces expertos en el área de constructo, sobre la aparente adecuación entre el instrumento propuesto y la construcción a medir, o el juicio de la validez del contenido del instrumento por parte de algunos miembros de la población objetivo.

Para este estudio, se enumeraron jueces especialistas en el área de atención primaria, cuyo monto fue igual a 10 participantes, como se muestra en la Tabla 1. La decisión sobre el número de jueces seleccionados se basó en la literatura científica que trata este tema, ya que, aunque no hubo consenso específico sobre el número de evaluadores, fue posible identificar un umbral mínimo y máximo aceptable para un análisis satisfactorio del contenido del instrumento a validar. Las colocaciones de algunos autores presentes en la literatura que trata este tipo de metodología presentan algunas sugerencias. Alexandre & Coluci (2011) mencionan que para realizar la validez de contenido es necesaria la participación de un comité de expertos, pero que, sin embargo, no hay consenso sobre este punto, pero recomienda que se encuentren entre 3 y un máximo de 20 jueces.

En palabras de Cunha et al. (2016), también se observó que para este aspecto no existe consenso sobre el número de miembros que conformarán el comité de jueces, pero se deben tener en cuenta algunas variables, como las características del instrumento, el método de análisis que se utilizará o incluso la preferencia del investigador. Sin embargo, los autores recomiendan que el comité presente un número impar de miembros y preferiblemente entre 5 y 10 jueces. Citando también la importancia de evaluar la validez del contenido en dos aspectos: cuantitativo y cualitativo.

En el trabajo de Vilarinho et al. (2020) sobre la construcción y validación de instrumentos de evaluación, tampoco hubo una reunión de consenso en la literatura sobre el número exacto de especialistas para este tipo de estudio, pero con indicación de que la cantidad es de al menos 2 y máximo 20 personas. Además, también destaca que, por

tratarse de un juicio centrado en la subjetividad de los especialistas, la decisión del número de participantes a ser seleccionados debe tener en cuenta las características del instrumento, la formación, calificación y la disponibilidad de profesionales para responder a las categorías del instrumento.

De esta manera, el instrumento IAR-APS, junto con sus dominios e ítems, ante el constructo seleccionado, la resolutivez, referida a los servicios ofrecidos por la ESF en el nivel primario de atención a la salud, fue evaluada por los jueces seleccionados con el fin de verificar si el contenido, la apariencia y la confiabilidad del instrumento eran adecuados de acuerdo con el constructo al que fue propuesto.

8.2.2 Análisis de las etapas de validación de contenido, apariencia y confiabilidad del instrumento IAR-APS con el comité de expertos seleccionados

Esta fase correspondió a la validación de contenido, apariencia y confiabilidad del instrumento IAR-APS, que se estructuró en 10 dominios y 69 ítems iniciales, donde se solicitó a los jueces seleccionados para llevar a cabo una evaluación de opinión (en una escala Likert, que pasó de 1= inadecuada a 4= totalmente adecuada) con respecto a las dos dimensiones iniciales del instrumento (los dominios y los ítems) y luego, en cuanto a la apariencia, a los objetivos y relevancia. En cuanto a los dominios, se instruyó a los jueces para que evaluaran el concepto de cada dominio presentado, si representaban el constructo de resolutivez y si eran relevantes para el instrumento propuesto. También se ofreció un espacio destinado a comentarios y sugerencias, y también, el cuestionamiento si el dominio debería ser eliminado o no.

En cuanto a los ítems seleccionados, que fueron elegidos para conformar cada dominio del instrumento, fueron sometidos a evaluación en sus aspectos de cobertura de dominio, representatividad y si eran comprensibles y/o claros. También se permitió hacer comentarios y/o sugerencias a los ítems evaluados, así como si se debería eliminar algún ítem (sí o no) y si se debería insertar algún ítem (sí o no) y en los casos positivos, se ofreció espacio para escribir cuál sería el ítem sugerido. En cuanto a los objetivos, se analizaron los propósitos, metas u objetivos que se deseaba alcanzar con el uso del instrumento. Sobre la relevancia, se analizó en cuanto a las características que evalúan el grado de significado del instrumento construido. Y, finalmente, se realizó la evaluación sobre la apariencia del instrumento, que se refirió a cómo presentar la información, cuánto su estructura y presentación, que incluyó su organización general, estrategia de presentación, coherencia y formato.

Los resultados de la validación del contenido, apariencia y confiabilidad del instrumento, se presentan en cinco (5) partes, la 1ª en relación con los objetivos y relevancia

del instrumento en su conjunto; la 2ª sobre los dominios del instrumento, en las dimensiones de representatividad y relevancia, la 3ª sobre los ítems del instrumento, según las dimensiones de cobertura, representatividad y claridad/comprensión, la 4ª sobre la apariencia del instrumento propuesto y la 5ª etapa constituida por el análisis de la consistencia interna del instrumento en su conjunto. Como forma de calcular los datos recolectados, se utilizó el índice de validez de contenido (IVC), como se mencionó en la sesión metodológica de este estudio. Se evaluó la consistencia interna entre los jueces, así como los objetivos, relevancia, dominios, ítems y apariencia del instrumento, a través del coeficiente de alfa de Cronbach. La Tabla 2 presenta los resultados del análisis de contenido con respecto a los objetivos y la relevancia del instrumento IAR-APS, como se muestra a continuación:

Tabla 2

Distribución del índice de validez de contenido (IVC) y el alfa de Cronbach según los objetivos y relevancia del instrumento IAR - APS.

Dimensiones de contenido evaluadas	IVC (%)	Alfa de Cronbach
OBJETIVOS		0,88
Coherencia de los objetivos para evaluación del grado de resolutivead.	90	
El instrumento facilita a los equipos y gerentes conocer el grado de resolutivead de su asistencia en la ubicación evaluada.	90	
Puede ser utilizado por investigadores del área.	90	
Es posible ser utilizado para planificar acciones y servicios ofrecidos por los equipos de APS.	90	
Puede permitir la toma de decisiones por parte de los equipos y gerentes de la APS.	90	
Cumple con el objetivo de evaluar la resolutivead de la APS.	80	
RELEVANCIA		0,93
El instrumento es relevante para evaluar el grado de resolutivead de la APS.	100	

El instrumento es relevante como herramienta para la planificación de acciones ofrecidas por los equipos de salud de APS. 90

El instrumento contiene dimensiones y elementos significativos para evaluar el grado de resolutivez. 90

Nota. Resultado del análisis sobre la validación de contenido del instrumento IAR-APS con respecto a sus objetivos y relevancia, de acuerdo con los aspectos del Índice de Validez de Contenido (IVC) y consistencia interna (alfa de Cronbach).

Como se verifica en la tabla 2, que trata de la distribución de los resultados de la evaluación de contenido realizada por los jueces participantes, en cuanto a los objetivos del instrumento, se observó que la evaluación de la dimensión "objetivos", obtuvo IVC igual al 90% en relación a los temas: "Coherencia de objetivos para la evaluación del grado de resolutivez"; "el instrumento facilita a los equipos y gerentes conocer el grado de resolutivez"; "posibilidad de uso del instrumento por parte de investigadores del área"; "para la planificación de las acciones y servicios ofrecidos por los equipos de APS" y en cuanto a "orientar la toma de decisiones de los equipos y gestores de salud". Solo la pregunta "cumple con el objetivo de evaluar la resolutivez de la APS", obtuvo un 80% de acuerdo, que, como se ha demostrado, superó el valor mínimo aceptable en este estudio del 80%. Con un promedio final de 88,33% de acuerdo entre los jurados, considerándose así una validación positiva para el dominio investigado.

La decisión sobre la construcción del instrumento IAR-APS, como herramienta para evaluar el grado de resolutivez en la APS, se ancla principalmente en la falta de literatura para presentar datos cuantitativos sobre el alcance o no de la resolutivez recomendada por el ministerio de la salud en Brasil, de acuerdo con un enfoque general, que indica el mínimo de 80% a ser alcanzado por este nivel de atención. Por lo tanto, como es el nivel preferido de ingreso de usuarios al SUS, debe tener su efectividad y resolución bien identificadas. Vasconcelos et al. (2018) encontraron en su estudio sobre la efectividad y resolutivez de la APS, que para la evaluación adecuada de estos temas es necesario utilizar un proceso juicioso y organizado, con la aplicación de metodologías claras y bien definidas, que permitan el estudio de la situación real de salud de un lugar determinado, ya que el uso de diferentes métodos puede llevar al distanciamiento de los objetivos de evaluación, recomendando sobre el imperativo de realizar estudios que midan con mayor precisión la efectividad y resolutivez, a partir del uso de parámetros nacionales y regionales, que tomen en cuenta todas las directrices y todos los fundamentos de la PNAB.

Otro factor importante que merece ser mencionado es la contribución que el

instrumento puede hacer a la institucionalización de los procesos de evaluación en salud. Nicola & Pelegrini (2018) destacan que a partir de la mejora y el uso de métodos y herramientas que promueven la reorganización de las prácticas de atención a la salud, es posible incorporar los procesos de evaluación de la salud de una manera más recurrente y favoreciendo que sus resultados puedan apoyar a los gerentes y equipos de salud, una fuente para la planificación de su cuidado, así como el seguimiento constante de las acciones desarrolladas.

Este factor puede observarse entre los objetivos del uso del instrumento, que busca representar una fuente de información o soporte de diagnóstico situacional sobre cuán efectivo está siendo el servicio, con el fin de constituir una referencia para la identificación de debilidades y potencialidades, para planificar lo que debe ser corregido, mantenido o mejorado. Además, al ser una opción de instrumento de investigación para el área, puede contribuir a la producción científica sobre un conocimiento más específico sobre la capacidad de resolución de problemas de los servicios prestados por la APS.

Morais et al. (2018) consideran que el conocimiento producido por la investigación científica afecta la vida cotidiana de los servicios de salud, con énfasis en los procesos de producción, difusión y uso de los resultados producidos. En el cual, solo a través de la investigación, se puede tener la atención centrada en ciertas situaciones y generar una línea de pensamiento para la toma de decisiones. Sin embargo, los resultados de estos estudios deben ser compartidos entre la comunidad científica y los servicios de salud para que sea posible incorporar sus hallazgos a favor de la calidad de la atención en el sector de la salud.

Con respecto a la evaluación de la confiabilidad del instrumento construido, se enfatiza que, de acuerdo con la definición de confiabilidad, también se considera su concepción, en las siguientes facetas: reproducibilidad (al reproducir el estudio, se logran los mismos valores); estabilidad (sin variaciones significativas en el tiempo); equivalencia (resultados iguales a los de otras pruebas para el mismo constructo); precisión (poca variación entre dos mediciones) y consistencia interna (cada ítem moderadamente correlacionado con los otros en la escala y con el índice global) (Monteiro & da Hora, 2013), siendo este último seleccionado para la evaluación de confiabilidad en el presente estudio.

Por lo tanto, sobre la consistencia interna, evaluada en todas las dimensiones y ítems del instrumento IAR-APS, Pilatti et al. (2010) señalan que este análisis está guiado por la correlación de los ítems del mismo constructo entre sí y sobre la correlación de cada ítem con el puntaje total de este constructo, donde es deseable que estos ítems estén moderadamente correlacionados entre sí, y también, que cada ítem se correlaciona con la puntuación total de constructo. Para este análisis, se utilizan pruebas estadísticas para que se pueda medir la confiabilidad, y que, para la consistencia interna, uno de los estimadores más utilizados, es el coeficiente alfa de Cronbach.

Así, en cuanto a la evaluación de consistencia interna por el alfa de Cronbach para la dimensión "objetivo", el resultado fue de 0,88, lo que representa alta consistencia, de acuerdo con la referencia adoptada en la metodología (Malhotra 2008 como se menciona en Pinto & Chávez, 2012). Con respecto a la dimensión "relevancia", hubo IVC de 100% de acuerdo entre los jueces sobre la capacidad del instrumento para evaluar el grado de resolución de problemas de los servicios de APS. Os demais quesitos: "herramienta de planificación y en cuanto a su composición de dominios e ítems", obtuvo un 90% de acuerdo, que fueron considerados significativos para los objetivos del instrumento, con un promedio de IVC final del 93,33% para esta dimensión. En cuanto al alfa de Cronbach, también se logró una alta consistencia para ambos dominios (objetivos y relevancia), con valores de 0,88 y 0,93, respectivamente. Resultando de esta manera, en ambas dimensiones presentadas con la media de IVC superior al 80%, validando el contenido del instrumento en cuanto a los objetivos y relevancia del instrumento para el presente estudio.

Tabla 3

Distribución de los resultados de la evaluación de contenido del instrumento IAR-APS, de acuerdo con los dominios A, B, C, D, E en cuanto al índice de validez de contenido (IVC) y consistencia interna (alfa de Cronbach).

Dimensiones de contenido evaluadas	IVC (%)	Alfa de Cronbach
DOMINIO A - INFRAESTRUCTURA		0,88
Representatividad	70	
Relevancia	90	
DOMINIO B - CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO Y DEL EQUIPO		0,93
Representatividad	90	
Relevancia	100	
DOMINIO C - ACCESIBILIDAD		0,63
Representatividad	90	
Relevancia	100	
DOMINIO D - ACOGIDA		0,75

Representatividad	100
Relevancia	100
DOMINIO E – COORDINACIÓN DEL CUIDADO	0,75
Representatividad	90
Relevancia	100

Nota. Presentación de los resultados de la evaluación de contenidos según la dimensión dominios, en los aspectos de representatividad y relevancia. Fuente: Pires, 2022.

Los resultados observados en la Tabla 03, que trata de la evaluación de contenido, con respecto a los primeros dominios (A, B, C, D y E) que componen el instrumento, fueron sometidos a los jueces seleccionados para los aspectos de representatividad y relevancia. El dominio A (infraestructura) tuvo la tasa de acuerdo más baja, con un IVC de 70% de representatividad y 90% de relevancia, con un promedio de 80% de aprobación. En cuanto a la consistencia interna, el alfa de Cronbach encontrado fue de 0,88, lo que representa una consistencia alta, para el punto de corte elegido para este estudio.

La media final para el dominio A alcanzó el valor mínimo aceptable según la literatura (80%), que menciona que para que el acuerdo sea considerado adecuado entre los evaluadores, debe existir el valor mínimo aceptable, como se observa en la cita de Polit & Beck, 2006; Lynn 1986 citado por Alexandre & Coluci, 2011, que describe si estipular la tasa aceptable de acuerdo entre los jueces. Porque en el proceso de evaluación de los ítems individualmente, se debe considerar el número de jueces. Con la participación de cinco o menos sujetos, todos deben estar de acuerdo para ser representativo. En el caso de seis o más, se recomienda una tasa no menor de 0,78 (78%), que fue el resultado encontrado para este ítem, lo que motivó a que el dominio no fuera eliminado del instrumento y debido a que recibió sugerencias, y, por lo tanto, generando el no alcance mínimo de acuerdo, pero que, sin embargo, tuvieron tales sugerencias aceptadas para la versión final del instrumento.

En cuanto al dominio B (características del territorio y del equipo), hubo 90% de concordancia en cuanto a la representatividad y 100% en cuanto a la relevancia (promedio de 95%), con evaluación de consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,93, considerada una consistencia muy alta para este dominio. Para los dominios C (accesibilidad); y E (coordinación del cuidado), fueron evaluados con un 90% y 100% de acuerdo en cuanto a representatividad y relevancia, respectivamente. Solo el dominio D (acogida) obtuvo la máxima concordancia entre los jueces (100%) para ambos los ítems (representatividad y relevancia). En cuanto a la consistencia interna, los valores encontrados oscilaron entre 0,63

y 0,93, considerándose resultados moderados a muy altos según el alfa de Cronbach.

Los primeros cinco dominios del instrumento se consideraron esenciales para evaluar la resolutiveidad, ya que constituyen el medio para una asistencia calificada en la APS. Un estudio realizado por Silva et al. (2020), sobre la universalidad del acceso en la vida diaria de la APS, identificó factores relacionados con los mismos aspectos enumerados para la composición de los dominios de este instrumento, porque están relacionados con la resolutiveidad de los servicios, y una vez presentes o no, se configuran como agentes facilitadores o limitantes de la capacidad de resolución de problemas en este nivel de atención. La investigación realizada por los autores reveló que los usuarios inicialmente buscan acogida y accesibilidad frente a sus demandas de salud, pero, sin embargo, cuando no hay correspondencia del servicio a estas demandas debido a la escasez de recursos y acciones, mala administración y lentitud del sistema de salud, que dificultan el acceso y el camino para lograr la resolución de estas demandas, resultan en la formación de una creciente demanda reprimida.

En la perspectiva de Almeida et al. (2018), sobre los recursos necesarios para aumentar la resolución en la APS, hay recomendaciones para su alcance, en las que destacan la importancia de coordinar la atención y el papel de los equipos de salud, que deben ser fortalecidos y completos (equipo multidisciplinario) por USF, con garantía de apoyo de otros profesionales, con el fin de ampliar sus capacidades clínicas y asistenciales, como la salud bucal y el NASF, además de fortalecer la coordinación horizontal por parte de los ACS; ofreciendo espalda terapéutica, incluida la farmacológica, asociada a mejoras de infraestructura, que en conjunto, representan excelentes acciones estratégicas para una mejor coordinación de la atención en el contexto de la APS, justificando la elección de estos ámbitos como criterios de investigación sobre la resolutiveidad.

Por lo tanto, una vez justificadas las elecciones de los dominios mencionados, con respecto a sus medias de IVC: dominio A (80%); dominio B (95%); dominio C (95%); dominio D (100%) y dominio E (95%), así como consistencia interna favorable, caracterizándolos como validados en su contenido y fiabilidad. Los otros dominios del instrumento siguen con sus resultados estructurados en la tabla 4.

Tabla 4

Distribución de los resultados de la evaluación de contenido del instrumento IAR-APS, según los dominios F, G, H, I, J en cuanto al índice de validez de contenido y consistencia interna (alfa de Cronbach).

Dimensiones de contenido evaluadas	IVC	Alfa de Cronbach
---	------------	-------------------------

DOMINIO F - HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA		0,63
Representatividad	90	
Relevancia	100	
DOMINIO G - PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE		0,86
Representatividad	90	
Relevancia	100	
DOMINIO H - ATENCIÓN INTEGRAL		0,90
Representatividad	100	
Relevancia	100	
DOMINIO I - RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA		0,94
Representatividad	80	
Relevancia	90	
DOMINIO J - RESOLUTIVIDAD CUALITATIVA		0,86
Representatividad	90	
Relevancia	100	

Nota. Presentación de los resultados de la evaluación de contenidos según la dimensión dominio, en los aspectos de representatividad y relevancia. Fuente: Pires, 2022.

En la Tabla 4, que procede con los resultados de la evaluación de contenido de los últimos cinco dominios listados al instrumento propuesto (F, G, H, I y J), en cuanto a los aspectos de representatividad y relevancia, se observó que para el dominio H (atención integral), hubo un 100% de concordancia para ambos ítems evaluados y un alfa de Cronbach muy alto, con 0,90.

Para los demás dominios F (herramientas de gestión de la clínica); G (procesos de educación permanente) y J (resolutividad cualitativa), hubo una concordancia media del 95%; con alfa de Cronbach de moderado a alto (0,63 a 0,86) para los aspectos de representatividad y relevancia. El dominio I (resolutividad cuantitativa) fue el único que obtuvo un 85% de concordancia para las mismas preguntas, con una consistencia interna de 0,94 (muy alta) según el alfa de Cronbach.

Todos los dominios mencionados fueron considerados validados, de acuerdo con el

IVC promedio obtenido para cada ítem, así como la consistencia interna favorable para todos, con valores superiores a 0,60 (moderado), consolidando así la validación positiva de los dominios finales del instrumento IAR-APS en lo que se trata de su contenido.

Para los dominios representados en la Tabla 4, se pretendió complementar los aspectos relacionados con el logro de la capacidad de resolutive de la atención ofrecida en el ambiente de la USF, en el que se centraliza el papel de los equipos de salud de la familia como uno de los principales promotores de la capacidad de resolución de problemas entre los usuarios que buscan la APS como primer contacto para sus necesidades de salud, ya que la promoción y cualificación de los profesionales en la ESF, a través de acciones recurrentes que implican la educación permanente y el uso adecuado de las tecnologías de gestión clínica, son herramientas fundamentales para lograr la resolutive cualitativa y cuantitativa y la atención integral.

En las palabras de Siochetta et al. (2019), al discutir la relación entre el desempeño de los equipos de salud y la resolutive, identificaron que la presencia de algunas barreras puede actuar como contribuyente a la ocurrencia de bajos resultados, entre ellos, la falta de educación continua y permanente en los servicios de salud, además de la insatisfacción de los profesionales, porque para la correcta relación entre los miembros de los equipos de salud, es importante que cada uno conozca sus atribuciones, conozca los procesos de trabajo y así planifique objetivos comunes para satisfacer las necesidades de la población, lo que requiere un compromiso y satisfacción de estos con su trabajo y a partir de esta postura, obtener la calidad y resolutive del servicio.

Después de completar el proceso de evaluación de los dominios del instrumento IAR-APS, fue seguido por la etapa de evaluación de sus ítems, en cuanto a cobertura, representatividad y claridad/comprensión, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

Distribución de los datos según el índice de validez de contenido (IVC) y alfa de Cronbach, según los ítems seleccionados para cada dominio del instrumento IAR- APS.

Dimensiones de contenido evaluadas	IVC (%)	Alfa de Cronbach
ÍTEMS DEL DOMINIO A – A.1 a A.23		0,89
Cobertura	90	
Representatividad	90	
Claridad/comprensión	100	
ÍTEMS DEL DOMINIO B – B.1 a B.6		0,86

Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	100	
ÍTEMS DEL DOMINIO C – C.1 a C.3		0,92
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	100	
ÍTEMS DEL DOMINIO D – D.1 a D.9		0,90
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	90	
ÍTEMS DEL DOMINIO E – E.1 a E.8		0,89
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	80	

Nota. Distribución de los resultados sobre los aspectos de cobertura, representatividad y claridad/comprensión de los ítems de cada dominio del instrumento IAR-APS.

En cuanto a la evaluación de contenido de los ítems del instrumento, que se constituye en la 3ª etapa de presentación de los resultados, que trata del conjunto de factores de verificación sobre la resolutivez, de acuerdo con las características definitorias del dominio presentado, en el que se distribuyeron siguiendo la misma lógica alfabética de los dominios (Ítems del dominio A, B, C, D y E) y que fueron investigados en cuanto a la cobertura adecuada, si eran representativos, claros y comprensibles.

Sobre el primer conjunto de ítems, referidos al dominio A, se presentaron 23 ítems, del A.1 a A.23 (figura 10), que buscaban atender la caracterización de la infraestructura, en los aspectos de cobertura, representatividad y claridad/comprensión. El IVC resultante para los ítems del dominio A fue del 93,33%, con alta consistencia interna (0,89) por el alfa de Cronbach. Así como el conjunto de ítems del dominio D (figura 13), con el mismo puntaje de IVC (93,33%) y consistencia interna de 0,90, considerado muy alto.

Los conjuntos de ítems de los dominios B (figura 11), características del territorio y equipo (B.1 a B.6) y C (figura 12), accesibilidad (C.1 a C.3) presentaron resultados iguales

en términos de cobertura, representatividad y comprensión/claridad, con IVC de 96,66% y consistencia interna también alta y muy alta, con alfa de Cronbach de 0,86 y 0,92.

En cuanto al conjunto de ítems en el dominio E, coordinación del cuidado (E.1 a E.8), como se muestra en la Figura 14, los resultados de IVC fueron de 90%, 100% e 80% respectivamente, en cuanto a los aspectos de cobertura, representatividad y claridad/comprensión, con un IVC promedio del 90%. La consistencia interna de los ítems para el dominio fue de 0,89 (alta), según el alfa de Cronbach.

Así, todos los conjuntos de ítems presentados fueron considerados validados por su contenido, con IVC igual o superior al 90% y consistencia interna también superior al mínimo recomendado de 0,60 para el alfa de Cronbach. En cuanto a los ítems presentes en la Tabla 5, en forma de lista de verificación, su propósito fue posibilitar su conferencia en los lugares donde serán aplicados, porque se refieren a las características relacionadas con la buena capacidad de resolución de problemas de la atención a la salud, por lo tanto, debe ser evaluada periódicamente, con el fin de promover la base para un razonamiento crítico sobre la calidad del servicio ofrecido a las personas y comunidades.

Esta percepción puede ser visualizada en las palabras de Rezende (2010), en su estudio de revisión sobre la resolutivez en la APS, donde afirma que al colocar el tema de la resolución de problemas y su condicionamiento como foco de investigación, permite la reevaluación del servicio y la consecuente mejora de la calidad de lo que se ofrece, con una disminución de las inequidades existentes, favoreciendo la evaluación del proceso y la gestión del trabajo, la disponibilidad y asignación de recursos, la producción de líneas de atención y la reflexión sobre las acciones de los equipos y servicios, que son factores fundamentales para potenciar un servicio integral y resolutivo. En cuanto a los otros conjuntos de ítems, referidos a los ítems finales de los dominios del instrumento IAR-APS, se presentan como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6

Distribución de los datos según el Índice de Validez de Contenido (IVC) y Alfa de Cronbach, según los ítems seleccionados para los dominios (F, G, H, I y J) del instrumento IAR-APS.

Dimensiones de contenido evaluadas	IVC (%)	Alfa de Cronbach
ÍTEM DEL DOMINIO F - F.1 a F.12		0,93
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	90	

ÍTEMS DEL DOMINIO G – G.1 a G.2		0,73
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	90	
ÍTEMS DEL DOMINIO H – H.1 a H.4		0,89
Cobertura	90	
Representatividad	100	
Claridad/comprensión	100	
ÍTEM DEL DOMINIO I – I.1		0,81
Cobertura	90	
Representatividad	90	
Claridad/comprensión	90	
ÍTEM DEL DOMINIO J – J.1		0,97
Cobertura	90	
Representatividad	90	
Claridad/comprensión	100	

Nota. Distribución de los resultados sobre los aspectos de cobertura, representatividad y claridad/comprensión de los ítems de cada uno de los dominios finales del instrumento IAR-APS.

La Tabla 6 presenta los resultados de la secuencia final del conjunto de ítems referidos a los dominios (F, G, H, I y J). Las mismas dimensiones fueron evaluadas por los jueces seleccionados con respecto a la cobertura, la representatividad y la claridad / comprensión. El conjunto de ítems en el dominio F, sobre las herramientas de gestión de la clínica (F.1 a F.12), dominio G, procesos de educación permanente (G.1 a G.3) y dominio J resolutivez cualitativa (J.1), presentó 93,33% de IVC para todos los aspectos evaluados y consistencia interna de moderada a alta (0,73 a 0,97) por el alfa de Cronbach.

Siguiendo los resultados de los demás ítems, solo el conjunto de ítems del dominio H de atención integral (H.1 a H.4) tuvo un IVC promedio de 96,66%, con una consistencia interna de 0,89 (alta), seguido de la resolución cuantitativa del dominio I (I.1), con un IVC de 90% y una alta consistencia interna de 0,89 según el coeficiente alfa de Cronbach.

Por lo tanto, todos los últimos conjuntos de ítems se consideraron validados tanto por

su contenido, debido a IVC superior al 80%, como por consistencia interna, cuyos valores fueron iguales o superiores a 0,60.

En este contexto, como se mencionó sobre el papel central de las acciones de los equipos de salud de la familia para lograr la resolutivead, es importante destacar el correcto manejo de las tecnologías de salud y todos los recursos organizacionales indispensables para la integralidad de la atención en los ambientes de las USF, dispositivos estos que buscaron ser contemplados en el instrumento de evaluación construido. Algunos autores refuerzan sobre estos aspectos de resolutivead, como Braga et al. (2013), que discute sobre lo que debe disponer la APS para una buena resolución, citando el perfil profesional adecuado de cada miembro del equipo de salud, la existencia de una red jerárquica e integrada de servicios, el entorno y las condiciones de trabajo adecuadas para el atendimento y el cuidado, así como la retribución compatible y el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Y en opinión de dos Santos & de Mattos Penna (2017), también afirman que la capacidad de resolución de problemas o la falta de ella, está relacionada con el tema de la accesibilidad organizacional, destacando las posibles causas de la baja capacidad de resolución de problemas, como largas colas, largos tiempos de espera y fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia. Además, menciona los factores que lo potencian, como el uso de la comunicación eficiente como recurso tecnológico, el uso de actitudes y habilidades entre profesionales - usuarios (empatía, motivación, liderazgo y creatividad), prácticas intersectoriales favorables y apoyo social, como prácticas a instituir para generar servicios y acciones resolutivas en los servicios de salud, especialmente en la APS.

La Tabla 7 presenta los resultados de la 4ª etapa de validación, en cuanto a la evaluación de la apariencia del instrumento IAR-APS, de acuerdo con el índice de concordancia y consistencia interna entre los evaluadores.

Tabla 7

Distribución de los datos según la evaluación de la apariencia del instrumento IAR- APS, según el Índice de Concordancia (IC%) y el alfa de Cronbach.

Dimensiones de apariencia evaluadas	IC (%)	Alfa de Cronbach
ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN		0,92
El instrumento es apropiado para evaluar el grado de resolutivead de la APS.	80	

La información del instrumento se presenta de forma clara y objetiva.	90
La información presentada es científicamente correcta.	90
El instrumento presenta una secuencia lógica de evaluación.	80
La información es apropiada en concordancia y ortografía.	100
El título es adecuado.	100
El instrumento es fácil de leer y entender.	90
La forma de calcular las puntuaciones del instrumento es adecuada.	90
La disponibilidad de un manual de orientación para el uso del instrumento es apropiada.	100

Nota. Presentación de los resultados de evaluación de la apariencia del instrumento IAR-APS con respecto a la estructura y presentación, de acuerdo con la evaluación de los jueces participantes. Fuente: Pires, 2022.

La Tabla 7 presenta los resultados relativos a la validación de la apariencia del instrumento IAR-APS, que fue evaluado en los aspectos de estructura y presentación, con IVC de 100% entre los jueces para los aspectos de escritura del instrumento (concordancia y ortografía); adecuación del título y sobre la disponibilidad de un manual de instrucciones para el uso del instrumento construido.

Otros aspectos evaluados fueron si la disposición de la información contenida en el instrumento era clara y objetiva, científicamente correcta, fácil de leer y comprender, y el método de cálculo de las puntuaciones establecidas, que obtuvo un 90% de acuerdo entre los jueces. Las últimas preguntas evaluaron el instrumento en términos de su capacidad para identificar el grado de capacidad resolutoria de los servicios ofrecidos por la APS y en cuanto a presentar una secuencia lógica de evaluación a ser observada en los lugares a ser investigados, con una concordancia del 80% entre los jueces participantes. La consistencia interna para la evaluación de la apariencia fue de 0,92, lo que se considera muy alta.

Así, la validación de la apariencia del instrumento IAR-APS obtuvo un resultado satisfactorio, igual o superior al 80%. Después de todas las etapas de evaluación y cálculos del IVC, referentes a los dominios e ítems del instrumento, en la Tabla 8 se presentan los

resultados promedios del IVC para todas las dimensiones del instrumento IAR-APS, para una mejor visualización, como se muestra a continuación.

Tabla 8

Distribución de los datos relativos a las medias de IVC, objetivos y relevancia, dominios, ítems y apariencia del instrumento IAR-APS, por los jueces expertos.

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO	PROMEDIO IVC (%)	PROMEDIO ALFA DE CRONBACH
Objetivos y relevancia	90,3	0,90
Dominios	93,5	0,80
Ítems	93,6	0,87
Apariencia	91,1	0,92
Total	92,1	0,87

Nota. Presentación de la media general total de IVC para el instrumento IAR-APS, de acuerdo con cada una de las dimensiones evaluadas por los jueces expertos seleccionados. Fuente: Pires, 2022.

De acuerdo con la tabla 8, para el promedio general según las dimensiones evaluadas por el instrumento IAR-APS, se verifica que el instrumento desarrollado se consideró validado, obteniendo una evaluación satisfactoria en cuanto a los objetivos y relevancia del instrumento, dominios, ítems y apariencia, con un promedio general de 92,1% de acuerdo entre los jueces participantes y también demostrando ser un instrumento confiable, de acuerdo con la media final del alfa de Cronbach, considerando su consistencia interna de 0,87, superior al punto de corte elegido para el presente estudio.

Por lo tanto, una vez que el instrumento IAR-APS se considera validado, frente a la evaluación de los aspectos seleccionados para el contenido, apariencia y confiabilidad, se dispone del resultado de un estudio que buscó ofrecer una herramienta de apoyo, con el propósito de apoyar las acciones de evaluación y monitoreo en el contexto de la APS con respecto a su capacidad de resolución de problemas. Además, con el fin de resaltar la importancia de la institucionalización de las acciones de evaluación y monitoreo en los servicios de salud.

Sobre los procesos de evaluación en la APS, Tanaka (2011) lo refiere como un

proceso técnico-administrativo que fundamenta la toma de decisiones e involucra los componentes medición, comparación y emisión de juicio de valor. Y cuando se aplica en el ámbito de la APS, teniendo como punto de partida la consideración de que este nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud, la evaluación de los resultados debe identificar cuánto la atención prestada fue capaz de evitar, minimizar o incluso interrumpir la evolución de un proceso salud-enfermedad, desde la acogida en la APS e involucró la capacidad de promover y mantener la salud, diagnóstico y tratamiento oportunos y uso de tecnologías adecuadas para la resolutivez. Por lo tanto, la evaluación como propuesta para ser incorporada en los procesos de trabajo de la APS, permite identificar los factores que influyen en el uso de los servicios y la red de atención que pueden ser modificados en vista de la evaluación realizada.

8.2.3 Elaboración de la 2ª versión del instrumento IAR-APS de acuerdo con las sugerencias de los jueces seleccionados.

El análisis cualitativo del instrumento IAR-APS, después de la presentación a la evaluación por los jueces enumerados, identificó sugerencias para su mejora, que fueron plenamente atendidas. No hubo sugerencias u observaciones con respecto a los dominios, todos los cuales se consideraron adecuados en cuanto a su presencia y concepto con el instrumento IAR-APS.

Sin embargo, en cuanto al conjunto de ítems de cada dominio presentado, cuando se les preguntó si debía haber remoción o inserción de algún elemento, los jueces señalaron las siguientes sugerencias: En cuanto a los ítems del dominio A (Infraestructura), un juez señaló que es necesario insertar el ítem: "¿La unidad básica de salud/unidad de salud de la familia cuenta con equipos de internet/computación?" y el segundo juez, sugirió "¿Hay baño; una rampa y pasamanos accesibles para sillas de ruedas?" para facilitar el acceso a las personas con necesidades especiales. Por lo tanto, siguiendo las sugerencias, los ítems A.24 y A.25 se insertaron en el instrumento, en el dominio A, respectivamente, de acuerdo con las sugerencias mencionadas.

Al considerar la sugerencia de inclusión del ítem sobre la informatización de las USF, hubo apoyo en la literatura sobre su importancia. Porque, según el ministerio de salud brasileño, la APS ha creado una estrategia denominada e-SUS atención básica (e-SUS AB), con el propósito de reestructurar la información de este nivel de atención a nivel nacional. Esta acción, que está alineada con la propuesta más general de reestructuración de los sistemas de información en salud del ministerio de salud de Brasil, entiende que calificar la gestión de la información es fundamental para aumentar la calidad de la atención a la población. Así, el e-SUS AB apunta al proceso de informatización del SUS, con la informatización de las USF, con el desarrollo de soluciones tecnológicas que involucran los procesos de trabajo de la APS, con sugerencias de buenas prácticas e informatización de los servicios de salud (Farias & da Silva, 2020).

En relación con la sugerencia sobre la investigación sobre el baño adaptado para usuarios de sillas de ruedas y rampas/barandillas de acceso, por ser una cuestión relacionada con la infraestructura de la USF, también fue aceptada para la composición del instrumento. França et al. (2020) informan que la existencia de baños adaptados para personas con movilidad reducida es esencial en cualquier lugar que se ocupe de la atención pública, que incluye las USF, así como la presencia de rampas y pasamanos, que se consideran estructuras físicas indispensables para proporcionar una mayor seguridad, especialmente en situaciones de riesgo, como en días lluviosos, por ejemplo. El dominio A, de acuerdo con las sugerencias hechas, se muestra en la Figura 20.

Figura 20

Dominio A - Infraestructura, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.

DOMINIO A: UBS INFRAESTRUTURA			
Se trata de la estructura física de la UBS, si dispone de los recursos necesarios para el acceso, recepción y servicio del usuario que busca el servicio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
A.1 ¿Existe una lista en la UBS que identifique los servicios ofrecidos?			
A.2 ¿Existe una lista visible en la UBS para los usuarios con escala de servicio de los profesionales de UBS?			
A.3 ¿Existe un aviso en la UBS sobre los horarios de funcionamiento?			
A.4 ¿La UBS dispone de señales de flujo y confort térmico o acústico?			
A.5 ¿La UBS está adaptada para personas con discapacidad física?			
A.6 ¿Hay consultorio médico y de enfermería con baño?			
A.7 ¿Hay una sala de procedimientos exclusiva?			

A.8 ¿Hay una sala de vacunación?			
A.9 ¿Hay un área de asistencia farmacéutica?			
A.10 ¿Existe una sala colectiva de inhalación?			
A.11 ¿Hay una sala de recogida de exámenes?			
A.12 ¿Hay una sala para vendajes?			
A.13 ¿Existe un sitio de purga?			
A.14 ¿Existe una sala de esterilización de materiales?			
A.15 ¿Existe una sala de observación?			
A.16 ¿Hay una sala para reuniones de equipo o actividades colectivas?			
A.17 ¿Hay un consultorio dental? Si no lo tiene, marque NA.			
A.18 ¿Hay una zona de recepción?			
A.19 ¿Hay lugar para archivos y registros?			
A.20 ¿Existe una sala multiprofesional para acoger la demanda espontánea?			
A.21 ¿Existe una sala de gestión en la UBS?			
A.22 ¿Hay un baño exclusivo para el público?			
A.23 ¿Existe un baño exclusivo para los empleados de la UBS?			
A.24 ¿Existe un baño adaptado que pueda ser utilizado por usuarios de sillas de ruedas?			
A.25 ¿Está la UBS/USF informatizada, con internet y equipo informático para registrar los servicios y atendimientos?			

Nota. Versión final referida al Dominio A, después de las sugerencias de los jueces seleccionados, con inclusión de dos ítems, A.24 y A.25, relacionados con la infraestructura.

Fuente: Pires, 2022.

En cuanto a los ítems del dominio B (características del territorio y equipo), dos (02) jueces hicieron sugerencias. Un juez sugirió reescribir el ítem B.2 (¿Tiene una población registrada dentro del límite de 2.000 a 3.500 personas por equipo?), que debería tener la siguiente redacción: "¿Tiene una población registrada entre 2.000 y 4.000 personas, según la clasificación del municipio por el IBGE (instituto brasileño de geografía y estadística)?". Esta sugerencia se refiere a la recomendada por el programa previene Brasil, en su manual instructivo de financiamiento de la APS, que orienta sobre el potencial cuantitativo de las personas inscritas por equipo, cuya estimación es diferente entre los municipios, porque debe considerar la clasificación geográfica del municipio según la tipología rural-urbana definida por el IBGE, que son: urbano, intermedio adyacente, rural adyacente, intermedio remoto y rural remoto, además de los tipos de equipos que tiene el municipio. Es decir, para los equipos de salud de la familia, tiene la cantidad entre 2.000 (rural remoto) a 4.000 personas (urbano) (Brasil, 2021a).

El segundo juez sugirió que es necesario agregar el ítem: "¿El equipo de salud de la familia actualiza frecuentemente el perfil de la población con problemas de riesgo, por ejemplo: hipertensión, diabetes, tuberculosis, lepra, etc.?". Por lo tanto, debido a que es una atribución indispensable de los equipos y prevista por la PNAB, se incluyó en el instrumento y se clasificó como el ítem B.7 de este dominio. El dominio B, en su versión final, se muestra en la Figura 21.

En la PNAB existe la recomendación de que los profesionales que actúan en APS tengan como paso inicial de trabajo conocer el territorio de su responsabilidad, a fin de permitir la planificación y desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales con impacto en la situación y en las condiciones de salud y determinantes que deben identificarse en su área de cobertura (Brasil, 2017a). Otra justificación se encuentra en las declaraciones de Duarte et al. (2019), donde la territorialización se considera una forma de gestión de la salud de gran importancia, porque permite al gerente y al equipo de la unidad de salud una visión ampliada de los problemas del área donde se instala la USF, permitiendo la elaboración de una planificación estratégica de acuerdo con el diagnóstico de la situación de salud y vida de la población. Sin embargo, este proceso no puede considerarse puntual, ya que los territorios son dinámicos y, por lo tanto, requieren un mecanismo de actualización constante.

Figura 21

Dominio B - Características del territorio y del equipo, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.

DOMINIO B: CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO Y DEL EQUIPO			
Se trata de la capacidad de atención y respuesta del equipo de salud de acuerdo con las demandas del territorio de salud que emanan del territorio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
B.1 ¿Todos los profesionales del equipo de salud de la familia cumplen con la jornada de 40 horas/semanales (al menos 32 horas en la UBS) durante todo el año?			
B.2 ¿Tiene una población registrada entre 2.000 y 4.000 personas, según la clasificación del municipio del equipo por el IBGE (instituto brasileño de geografía y estadística)?			
B.3 ¿Es compatible el alcance de los servicios ofrecidos (esenciales o ampliados de UBS) con la demanda en el período evaluado? Lista de verificación de los servicios en anexo. Si hubo una falta de al menos 1 servicio en el período, considere NO.			
B.4 ¿Dispone la UBS de un informe de análisis de demanda del territorio para la prestación de servicios de la UBS, realizado por la dirección municipal?			
B.5 ¿Tiene la UBS un mapa de territorio con una clasificación visible de área de riesgo?			
B.6 ¿Existe un seguimiento de la satisfacción de los usuarios en UBS? (Libro, buzón de sugerencias, medio electrónico, etc.)			
B.7 ¿El equipo de salud de la familia actualiza con frecuencia el perfil de la población con problemas de riesgo, por ejemplo, hipertensión, diabetes, tuberculosis, lepra, etc.?			

Nota. Dominio B, en su versión final, después de las sugerencias formuladas por los jueces seleccionados, con una nueva redacción del ítem B.2 y la inclusión de un nuevo ítem, B.7. Fuente: Pires, 2022.

En el dominio C (accesibilidad), hubo una sugerencia de un juez para la inclusión del ítem: "¿Existe un profesional responsable de programar consultas y procedimientos?", que pasó a constituirse como ítem C.4. Como se muestra en la figura 22.

Figura 22

Dominio C, en su versión final, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.

DOMINIO C: ACCESIBILIDAD			
Se trata de las formas en que los equipos de salud reciben a los usuarios, universalmente y sin exclusiones, satisfaciendo todas sus necesidades.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
C.1 ¿Hay diferentes horarios de atención por parte del equipo (sábado u horario ampliado)?			
C.2 ¿Tiene alguna manera de programar citas previas, por teléfono, correo electrónico o de otra manera?			
C.3 ¿UBS abre el almuerzo?			
C.4 ¿Existe un profesional responsable en la UBS para programar consultas y procedimientos?			

Nota. Dominio C, en la versión final, después de sugerencias de los jueces seleccionados, con la inclusión del ítem C.4. Fuente: Pires, 2022.

Acercas de la programación de citas en la APS, la literatura indica que se trata de necesidades de salud requeridas que no pudieron ser satisfechas el mismo día, generando un cronograma de atención a ser ofrecido por el equipo de salud en una fecha y hora acordada. Brasil (2019) ratifica que la necesidad de programación proviene de un desequilibrio entre la demanda y la oferta en los servicios de salud y reflexiona sobre los problemas de acceso del sistema de salud. En otras palabras, son los servicios programados para el futuro, los que generan demanda acumulada o espera en el presente y que se

convierten en un punto crítico para una buena resolución en la APS y que necesitan ser eliminados.

Sin embargo, es necesario distinguir otro tipo de programación, porque según Vidal et al. (2019) existen consultas programadas (citas previas), que son pacientes que no quieren citas el mismo día y aquellas que se programan después de la evaluación médica por criterios clínicos y sociales, que se consideran demandas laborales positivas, diferentes de la programación que provienen de la incapacidad de oferta por el servicio de salud y que en la APS, se consideran aspectos vinculados a su acceso que necesitan ser optimizados. Para ello, una condición fundamental es el logro del equilibrio entre la oferta y la demanda en este nivel de atención, que se puede obtener a través de dos medidas organizativas: la reducción del tiempo de espera para una consulta y el ajuste del tamaño de la población acompañada por los equipos de salud. Por lo tanto, es importante que la USF cuente con recursos humanos capaces de administrar adecuadamente estos horarios.

Para el dominio D (acogida), también se sugirió la inclusión del ítem: "¿Ha recibido el equipo alguna capacitación sobre escucha y acogida a los usuarios en la UBS?", que también fue atendido y nombrado ítem D.10, como se observa en la figura 23. En cuanto a los ítems del dominio E (coordinación del cuidado), dos (02) jueces sugirieron sólo describir el significado del acrónimo RAS, que es Redes de Atención a la Salud (RAS). No hubo sugerencias u observaciones a los ítems del dominio F (herramientas de gestión de la clínica).

Figura 23

Dominio D, en su versión final, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.

DOMINIO D: ACOGIDA			
Relacionado con cómo recibir a los usuarios para que coincidan con sus necesidades de salud, con clasificación de riesgo.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
D.1 ¿El equipo atiende a todas las personas que llegan a UBS, independientemente de si está registrado o no? (no solo ciertos grupos de población, o enfermedades más prevalentes y/o fragmentadas por ciclo de vida).			

D.2 ¿Hay un servicio de demanda diaria programada y espontánea simultáneamente?			
D.3 ¿Hay alguna manera de que el equipo facilite el acceso a la atención, especialmente para aquellos que buscan la UBS fuera de las citas o actividades programadas?			
D.4 ¿Existe un profesional específico responsable de acoger a los usuarios que buscan atención?			
D.5 ¿Existe una evaluación del riesgo y la vulnerabilidad de las personas que buscan atención en la UBS?			
D.6 ¿Existe una escucha cualificada comprometida con la evaluación del potencial de riesgo, agravamiento de la salud y grado de sufrimiento de los usuarios, considerando dimensiones de expresión (física, psíquica, social) y gravedad?			
D.7 ¿Está organizado el proceso de trabajo del equipo para permitir que los casos urgentes/de emergencia tengan prioridad en la atención, independientemente del número de consultas programadas en el período?			
D.8 ¿La información obtenida en la acogida con clasificación de riesgo se registra en la historia clínica del ciudadano (física o preferiblemente electrónica)?			
D.9 ¿La estratificación del riesgo, por criterios clínicos, sociales, económicos, etc., basada en guías clínicas, identifica subgrupos con condiciones crónicas de salud y así programar acciones de seguimiento?			

D.10 ¿Ha recibido el equipo alguna formación sobre la escucha y la acogida de los usuarios en la UBS?			
---	--	--	--

Nota. Dominio D en la versión final, con inclusión del ítem D.10, para evaluar aspectos sobre la acogida realizada en la USF. Fuente: Pires, 2022.

Con respecto a la acogida, abordada en el dominio D, debido a su importancia y su papel estratégico para aumentar la resolutiveidad en la APS, Barros et al. (2018), la caracteriza como una herramienta para reorganizar el servicio de salud y mejorar la calidad de la atención, cuyo uso depende exclusivamente de todos los profesionales activos en la red de atención primaria. Sin embargo, Costa et al. (2018) en un estudio sobre la percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgos, demostraron cierta dificultad de los profesionales con respecto a su aplicabilidad, evidenciando el papel de la gerencia con respecto a la formalización de protocolos y también sobre la necesidad de capacitación en asociación con actividades de educación permanente.

En esta circunstancia, es necesario capacitar no solo a los profesionales de enfermería, sino a todos los miembros de los equipos de salud, con el objetivo de fortalecer la acogida como estrategia para reestructurar las redes de atención a la salud y así permitir que los usuarios sean asistidos con la humanización y resolutiveidad (Celeste et al., 2021).

En cuanto al dominio G (procesos de educación permanente), un (01) juez propuso la adición del ítem "El equipo utiliza herramientas virtuales para realizar capacitaciones o actualizaciones de contenido, tales como: (lives, *webtraining*, etc.)?", siendo incluido como ítem G.3. Y, un segundo juez indicó el reajuste con respecto a la redacción del ítem G.2 (¿El equipo tiene acceso/uso en su UBS el telesalud?), con el fin de facilitar la comprensión del término "telesalud". Por lo tanto, el ítem fue escrito para la siguiente forma: "¿El equipo tiene acceso/uso en su UBS de una herramienta de soporte digital para teleconsultas y telediagnóstico (llamado telesalud)?" La figura 24 muestra la versión final del dominio G después de las sugerencias realizadas.

Figura 24

Dominio G después de las sugerencias hechas por los jueces expertos.

DOMINIO G: PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE			
Se trata del aprendizaje que se produce en el entorno laboral ante la necesidad de actualizarse y adaptarse al perfil del territorio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA

G.1 ¿Existen acciones periódicas y regulares de educación permanente en el equipo, con un mínimo de 1 actividad mensual?			
G.2 ¿Tiene el equipo acceso/utiliza en su UBS una herramienta de apoyo digital para teleconsulta, telediagnóstico (llamada telesalud)?			
G.3 ¿El equipo utiliza herramientas virtuales para llevar a cabo capacitaciones o actualizaciones de contenido, tales como: (lives, capacitación web, etc.)?			

Nota. Dominio G en su versión definitiva, con la inclusión del punto G.3 y una nueva redacción del punto G.2. Fuente: Pires, 2022.

Sobre el ítem G.2, primero debe tenerse en cuenta que la educación permanente en salud (EPS), en palabras de da Silveira Donaduzzi et al. (2021), comprende una excelente estrategia para transformar las prácticas de salud, capaz de proporcionar reflexión sobre los procesos de trabajo en salud, en los que los sujetos tienen la posibilidad de expresarse, observar la propia forma de hacer su trabajo y buscar nuevos conocimientos y por eso siendo considerado fundamental su uso como herramienta de intervención para la calificación de la asistencia en la APS, pero que, sin embargo, requiere el uso de recursos que puedan favorecer su aplicación a los profesionales de los equipos y planificados con el fin de satisfacer las necesidades que se presentan en los territorios.

Así, una de estas herramientas son las tecnologías digitales, que pueden representar una posibilidad aún mayor de acceso a la mejora profesional por parte de los miembros de los equipos de salud. Sobre esto, una investigación sobre la efectividad del uso de este tipo de herramienta en los procesos de EPS, realizada por Guizardi & Dutra (2021), mostró que la enseñanza en línea puede permitir el aprendizaje de una manera equivalente a la presencial, con una tendencia a reforzar el aprendizaje autónomo y especialmente reducir el tiempo dedicado a los desplazamientos físicos para realizar una actividad de educación permanente, lo que puede resultar en una mayor eficiencia en la inversión de recursos. Sin embargo, faltan datos sobre la retención del aprendizaje en este escenario, en especial, si pueden transferirse realmente a entornos de trabajo y particularmente en la asistencia.

Con respecto a la sugerencia de reescritura de este ítem G.2, se amplió la comprensión sobre telesalud en el propio ítem, que pasó a describirse como una herramienta de apoyo digital. Y, como tema de investigación del instrumento, su elección se justifica por

razón de su objetivo, que en las colocaciones de Cruz & Oliveira (2022), el telesalud tiene como objetivo apoyar las acciones y la resolutiveidad de la APS con numerosos beneficios para la prestación de servicios y la expansión de la atención de salud, especialmente en regiones alejadas de los servicios especializados de referencia, que se pueden favorecer con esta modalidad de apoyo a distancia.

Otro dato interesante sobre este ítem fue observado en una revisión sistemática realizada por de Souza Rockenback et al. (2021) sobre la EPS mediada por tecnologías en la APS, revelando que el uso de recursos tecnológicos para la aplicación de la educación permanente puede resultar en una mejor adhesión de los profesionales, especialmente si se utiliza a través de la web, debido a la oportunidad de acceso con comodidad y sin obstáculos para el aprendizaje. Además, se cita que las tecnologías síncronas y asíncronas, son medios facilitadores para el proceso de aprendizaje e intercambio de experiencias entre los profesionales. Por lo tanto, aunque no es la única forma de realizar actividades de EPS, puede ser una opción muy útil para mejorar la resolutiveidad en la APS.

Sin embargo, a pesar de su importancia, el telesalud como recurso para ampliar la resolutiveidad dentro de la APS, no es una realidad para todo el territorio brasileño. El estudio realizado por Sarti & Almeida (2022) apuntan a dificultades para incorporar tecnologías de información y comunicación disponibles para los equipos de salud de la APS, así como una incorporación desigual de estas herramientas en Brasil, y donde se debe trabajar para reducir las desigualdades regionales en la implementación de estas tecnologías, asegurando la adecuada informatización de la USF en todo el territorio nacional y las condiciones para la incorporación de estas tecnologías en el cuidado. Por lo tanto, al hacer que este tipo de herramienta tecnológica esté disponible en el entorno de las USF, se puede contribuir significativamente a su capacidad de resolución de problemas.

Para el dominio H (atención integral), un (01) juez sugirió dejar explícito el significado del acrónimo NASF (Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia), que se encuentra en el ítem H.3 (¿El equipo organiza la atención multiprofesional en casos necesarios con el NASF?). Que foi substituído pela nova nomenclatura instituída pela portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, que denomina-se equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde - eMulti. En cuanto al dominio I (resolutiveidad cuantitativa), un (01) juez recomendó aclarar el modo de acceso al cálculo para obtener el resultado del ítem (J.1), ajustándose así con la señalización en cuanto al lugar a cumplir el cálculo y su interpretación, siendo la misma corrección realizada con respecto al ítem J.1 del dominio J (resolución cualitativa), en cuanto a la ubicación exacta del método de cálculo y su modo de interpretación. Las sugerencias fueron aceptadas y dieron como resultado la versión final de los dominios H, I y J, como se muestra en la Figura 25.

Figura 25

Dominios H, I y J, después de las sugerencias de los jueces seleccionados.

DOMINIO H: ATENCIÓN INTEGRAL			
Relacionado con la prestación de atención frente a todas las demandas de salud y con la coordinación de la atención para otros niveles de la Red de Atención de Salud (RAS).			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
H.1 ¿Existe una lista de espera en la UBS para atender las demandas que surjan el mismo día?			
H.2 ¿Utiliza UBS algún mecanismo que garantice la referencia (en casos no resueltos en UBS) a otros servicios el mismo día?			
H.3 ¿El equipo organiza la atención multiprofesional en casos necesarios con eMulti (equipos multidisciplinarios en atención primaria de salud)?			
H.4 ¿El equipo realiza actividades de educación para la salud en la propia UBS y fuera de la UBS (guarderías, escuelas, iglesia, asociaciones, etc.) al menos una vez al mes?			
DOMINIO I: RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA			
Relacionado con la capacidad cuantitativa de atención del equipo de salud, en relación a los recursos disponibles para la atención.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
I.1 Calcular la resolutivead cuantitativa en el período evaluado utilizando el cálculo: número de solicitudes atendidas en la UBS dividido por el número de solicitudes respondidas + número de solicitudes rechazadas. ¿El resultado fue igual o superior a 0,80? (Nota. Cómo obtener este cálculo está disponible al final del			

instrumento).			
DOMINIO J: RESOLUTIVIDAD CUALITATIVA			
En cuanto a la capacidad de los equipos de salud para satisfacer las demandas específicas de los usuarios. Se evalúa por la capacidad clínica de los profesionales y el apoyo existente para las acciones terapéuticas y diagnósticas. Evaluado por el número de referencias al especialista.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
J.1 ¿ Calcular el número de referencias realizadas a especialistas en el periodo? ¿La tasa fue inferior al 20%? (Nota. Cómo obtener este cálculo está disponible al final del instrumento).			

Nota. Dominios H, I y J, en su versión final, con nueva redacción del ítem H.3 y especificaciones de ubicación exacta para el modo de cálculo solicitado en los ítems I.1 y J.1. Fuente: Pires, 2024.

De acuerdo con la ordenanza vigente, instituida en 2023, los NASF fueron reemplazados y sufrieron un cambio de nomenclatura, que ahora se denominan eMulti, que son equipos compuestos por profesionales de la salud de diferentes áreas del conocimiento que trabajan de manera complementaria e integrada con los demás equipos de atención primaria de salud (APS), actuando corresponsables de la población y el territorio, en articulación intersectorial y con la red de atención a la salud – RAS (Ordenanza GM/MS n° 635/2023).

Sin embargo, su desempeño sigue requiriendo ser adecuadamente activado por equipos de salud de la familia para construir una atención individual o colectiva, de acuerdo con las necesidades detectadas en el territorio, en la que la propia PNAB corrobora que los equipos eMulti, no se componen como servicios con unidades físicas independientes, sino cuya atención se basa en la regulación hecha por los equipos que actúan en la APS, reforzando también que una de sus competencias esperadas está en la discusión de casos, cuidados individuales o compartidos, interconsulta, construcción conjunta de proyectos terapéuticos, educación permanente, intervenciones en el territorio y salud de grupos poblacionales de todos los ciclos de vida, y la colectividad, acciones intersectoriales, acciones de prevención y promoción de la salud, discusión del proceso de trabajo de los equipos en el territorio, convirtiéndose así en un elemento importante de la ampliación de la capacidad de formulación de problemas a los equipos de salud asistidos.

Una vez contempladas las sugerencias enumeradas por los jueces evaluadores, se concluyó con la versión final del instrumento IAR-APS, que pasó a la última etapa de evaluación, sobre la percepción de aplicabilidad desde la perspectiva de los profesionales que actúan en la APS. El instrumento en su versión final se encuentra en el APÉNDICE A.

8.2.4 Evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR-APS según los profesionales de la atención primaria de salud

Para evaluar la percepción de aplicabilidad, el instrumento IAR-APS fue sometido a la opinión de los profesionales involucrados en la APS, en cuanto a funcionalidad, usabilidad y eficiencia. El objetivo fue evaluar la percepción de los profesionales investigados en cuanto al grado de concordancia sobre el instrumento, si fuera aplicable de acuerdo con el propósito de medir la capacidad de resolución de problemas de un servicio de APS (resolutividad), a través del desempeño de la ESF, cuyo resultado fue de 86,1%. Inicialmente se caracterizó a los profesionales participantes, como se muestra en la tabla 9, y luego se tabularon y discutieron los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario sobre aplicabilidad.

Tabla 9

Caracterización de los profesionales de salud involucrados en la Atención Primaria de Salud, seleccionados para evaluar la aplicabilidad del instrumento IAR-APS.

Sexo	n	%
Femenino	358	79,5
Masculino	92	20,5
Edad		
25 – 30 años	134	29,8
30 – 40 años	141	31,4
Más de 40 años	175	38,8
Graduación		
Enfermería	260	57,7
Fisioterapia	38	8,4

Odontología	42	9,3
Medicina	110	24,4
Tiempo de actuación en APS		
1 – 5 años	168	37,3
6 – 10 años	193	42,9
Más de 10 años	89	19,8
Titulación máxima		
Sólo graduación	173	38,4
Especialización	214	47,6
Maestría	43	9,6
Doctorado	18	4
Pós doctorado	02	0,4
Función actual o anterior en la APS		
Profesional de la Estrategia de Salud Familiar	136	30,2
Coordinación de APS o programas de APS	84	18,7
Investigación en el área de APS	18	4
Docente en el área de APS	174	38,7
Asesoría técnica de la APS	38	8,4
Total	450	100

Nota. Presentación de los resultados según la caracterización de los profesionales participantes en la evaluación de aplicabilidad y grado de satisfacción con el instrumento de evaluación de resolución en APS (IAR-APS). Fuente: Pires, 2024.

Los resultados presentados en la tabla 9 muestran la caracterización de los participantes de la etapa final del estudio, realizada con 450 profesionales que actúan en APS, ya sea en el campo del cuidado, la investigación, la enseñanza o la gestión, sobre la percepción de aplicabilidad del instrumento construido en su versión final. En cuanto a las principales características identificadas, se observó que la mayoría de los participantes eran del sexo femenino (79,5%), con edad mayor de 40 años (38,8%), con título de enfermería (57,7%), entre 6-10 años de trabajo en APS (42,9%) y con la mayoría presentando especialización (47,6 %) como un grado añadido de formación, y con función actual o anterior como docente en el área o profesional de la ESF (38,7%).

Hino et al. (2009) en un estudio de validación de un instrumento de investigación para identificar cómo los servicios de salud y los equipos de salud de la familia reconocen las necesidades de salud de la población, evidenciaron la importancia de la participación de los profesionales de la salud en los procesos de construcción y validación de instrumentos en

la APS. Donde, señala que debido a la expansión de los conceptos sobre el proceso salud-enfermedad y su relación con la satisfacción de las necesidades de salud de los individuos, pasó a requerir dispositivos tecnológicos que fueran capaces de sistematizar la información y relacionarla para ayudar en la identificación de la realidad objetiva de los servicios de salud del territorio en el que se encuentran, y así, hacer que los instrumentos de evaluación se conviertan en fundamentales para los procesos de trabajo en el campo de la salud. Sin embargo, sólo la creación y aplicación de tales instrumentos no garantizan su éxito, ya que es importante que sean expuestos y sometidos a críticas por aquellos a quienes están destinados, para que se perfeccionen en la medida de sus objetivos.

Por lo tanto, a partir de lo anterior, se refuerza la importancia de qué instrumentos de evaluación cuando se utilizan con el objetivo de transformar la calidad de la atención, especialmente en la APS, requiere la participación de aquellos que, una vez ante los resultados señalados por el instrumento, son capaces de intervenir de manera compatible, que son los profesionales de la salud.

Así, para la recolección de datos con profesionales, se ofrecieron instrucciones para los criterios a ser evaluados en el instrumento IAR-APS, para luego proceder con la cumplimentación de un cuestionario para registrar su percepción sobre la aplicabilidad (APÉNDICE G). Los resultados de esta evaluación están presentes en las tablas 10, 11 y 12, referidas a los criterios de funcionalidad, usabilidad y eficiencia.

Tabla 10

Distribución de los datos resultantes de la evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR-APS, de acuerdo con el atributo de funcionalidad y sus subcategorías: adecuación, precisión e interoperabilidad.

Subcategoría	Pregunta de investigación de la subcategoría	N	%
ADECUACIÓN	¿El <i>checklist</i> presentado cumple con el objetivo de evaluar el grado de resolutivez de la APS por el desempeño de la ESF, de acuerdo con los datos que deben verificarse en la UBS?		
	Sí	404	89,7
	No	46	10,3

PRECISIÓN	¿El <i>checklist</i> permite evaluar el grado de resolutivez correctamente, con el fin de facilitar la planificación de las acciones de <u>salud</u> ?		
	SÍ	397	88,2
	No	53	11,8
	¿El <i>checklist</i> es preciso en las preguntas de verificación para evaluar si la UBS tiene las características resolutivas para los atendimientos?		
	SÍ	402	89,3
	No	48	10,7
INTEROPERABILIDAD	¿Las preguntas del <i>checklist</i> interactúan con los datos de otros dispositivos de información de la APS, como los datos de informes del SISAB, por ejemplo?		
	SÍ	429	95,3
	No	21	4,7
Total		450	100

Nota. Presentación de los resultados según el índice de concordancia sobre la aplicabilidad del instrumento IAR-APS según el atributo de funcionalidad investigado. Fuente: Pires, 2024.

Como se muestra en la tabla 10, sobre la funcionalidad del instrumento IAR-APS, los resultados de la evaluación se consideraron satisfactorios, con porcentajes de concordancia superiores al punto de corte establecido para cada una de las 03 subcategorías seleccionadas: adecuación, precisión e interoperabilidad, con valores superiores al 80% y con promedio final de concordancia positiva (adecuación; precisión e interoperabilidad) de acuerdo entre los profesionales participantes del 90,6% para este atributo.

La investigación sobre funcionalidad tuvo como objetivo identificar si el instrumento IAR-APS sería capaz de cumplir las funciones para las cuales fue desarrollado desde la perspectiva de los profesionales de la APS, que corresponden a evaluar el grado de resolutivez de un equipo de salud y también, consistir en una herramienta para apoyar las acciones de monitoreo y evaluación en el escenario de APS, con el fin de convertirse en una opción para fortalecer la institucionalización de estos mecanismos en el SUS.

La evaluación al ser entendida como un agente de transformación de la realidad de los servicios de salud requiere que su práctica sea una constante en los procesos de trabajo.

Para Oliveira & Reis (2016) existe una creciente demanda en el uso de procesos, herramientas y tecnologías que faciliten la identificación de los principales problemas de salud de la población y la toma de intervenciones efectivas por parte de los gestores y profesionales involucrados. Para ello, el monitoreo y la evaluación deben ocupar un papel destacado en este proceso, como actividad rutinaria de los servicios de salud, siendo esencial la búsqueda continua y sistematizada de la calidad asistencial. Sin embargo, para que esto ocurra, los profesionales de la salud necesitan conocer y emplear en sus actividades, herramientas para la evaluación y búsqueda de la calidad en los servicios prestados.

Tabla 11

Distribución de los datos de evaluación de la percepción de aplicabilidad del instrumento IAR-APS, según el atributo de usabilidad y sus subcategorías: inteligibilidad, aprensibilidad y operatividad.

Subcategoría	Pregunta de investigación de la subcategoría	N	%
INTELIGIBILIDAD	¿Es fácil entender los conceptos de verificación presentes en los ítems del <i>checklist</i> ?		
	Sí	425	94,4
	No	25	5,6
	¿Es fácil verificar la información que debe comprobarse en la UBS por las preguntas que están presentes en el <i>checklist</i> ?		
	Sí	420	93,3
	No	30	6,7
APRENSIBILIDAD	¿El <i>checklist</i> parece ser fácil de aprender a usar?		
	Sí	409	90,9
	No	41	9,1
	¿Puede el instrumento por su formato de <i>checklist</i> dar agilidad en el registro de los datos que deben verificarse?		
	Sí	450	100
	No	-	-

	¿A partir del <i>checklist</i> puede ser más fácil y posible obtener los datos para evaluar el grado de resolutivez en las UBS investigadas?		
	Sí	406	90,2
	No	44	9,8
OPERACIONALIDAD	¿Parece fácil usar el <i>checklist</i> y controlar su finalización?		
	Sí	400	88,9
	No	50	11,1
	¿Los datos de verificación del <i>checklist</i> se presentan de forma clara y objetiva?		
	Sí	398	88,4
	No	52	11,6
Total		450	100

Nota. Presentación de los resultados según el índice de concordancia sobre la aplicabilidad del instrumento IAR-APS según el atributo de usabilidad investigado. Fuente: Pires, 2022.

El atributo usabilidad y sus tres subcategorías: inteligibilidad, aprensibilidad y operacionalidad también obtuvieron resultados favorables, con cada subcategoría con valores superiores al 80% de concordancia entre los participantes y promedio general final positivo del 92,3%. La usabilidad investigada en el instrumento se refiere a la facilidad de su uso, que para este propósito requería un formato que permitiera la recolección de información de manera práctica, así como una interpretación clara y objetiva de cada ítem enumerado, con respecto a la presencia o ausencia de las características de resolutivez que son necesarias en los ambientes de las USF, con el fin de potenciar las acciones de los profesionales de la salud de la familia en sus territorios de actividad. Por lo tanto, por ser un instrumento relacionado con la evaluación de la calidad de la atención, y para cumplir con el atributo mencionado, la herramienta elegida para la recolección de información fue el *checklist* u hoja de verificación, que es identificado por la literatura como una herramienta muy útil para el análisis de la calidad.

Según Marques (2012), las hojas de verificación se consideran herramientas que facilitan el análisis de los datos y evitan su compromiso, permitiendo una imagen inmediata de la información sobre la situación evaluada, lo que ayuda a reducir los errores. También se utilizan para el registro de datos, con la disposición de los elementos a evaluar previamente seleccionados, de modo que puedan ser recogidos de forma fácil y precisa y

que puedan ser utilizados con la misma facilidad más adelante. Además, la hoja de verificación permite una noción rápida de veracidad y una aclaración inmediata de la situación.

En esta circunstancia, la hoja de verificación, considerada como una herramienta de calidad, está orientada a la detección de problemas y sus posibles soluciones, en la que el instrumento IAR-APS buscó estructurarse en una de sus intenciones iniciales de uso, que fue evaluar las condiciones de atención de los equipos de salud de la familia en cuanto a su grado de resolutivez con respecto a las necesidades de salud de los usuarios que lo buscan, con el fin de identificar, mediante el instrumento, si el lugar donde se aplicará cumple con todas las condiciones esenciales para la buena resolución que se prevén en la PNAB.

Tabla 12

Distribución de los datos según el atributo eficiencia y sus subcategorías: tiempo, recursos y grado de satisfacción con el instrumento y posibilidad de uso en la rutina del servicio de APS.

Subcategoría	Pregunta de investigación de la subcategoría	N	%
TIEMPO	¿Poner a disposición unos 60 minutos para aplicar el <i>checklist</i> para la evaluación de los ítems de verificación parece un tiempo apropiado?		
	Sí	248	55,1
	No	202	44,9
RECURSOS	¿Los recursos disponibles en el <i>checklist</i> , con respecto a los dominios y ítems, son adecuados para evaluar la resolutivez en la APS?		
	Sí	430	95,1
	No	20	4,5
GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL INSTRUMENTO	¿Te consideras satisfecho con el instrumento presentado?		
	Sí	365	81,1
	No	85	18,9

POSIBILIDAD DE UTILIZAR EL INSTRUMENTO	¿Utilizaría el <i>checklist</i> en algún momento para planificar acciones con equipos de salud familiar o en actividades de investigación?		
	Sí	390	86,7
	No	60	13,3
Total		450	100

Nota. Presentación de los resultados según el índice de concordancia sobre la aplicabilidad del instrumento IAR-APS por el atributo de usabilidad, grado de satisfacción y posibilidad de utilizar el instrumento IAR-APS. Fuente: Pires, 2022.

En cuanto al atributo de eficiencia y sus subcategorías, tiempo y recursos, hubo poca concordancia entre los participantes con respecto a la sugerencia sobre el tiempo que debería ser suficiente para la aplicación del checklist IAR-APS de 60 minutos. Donde, el 55,1% de los participantes consideraron que el tiempo era insuficiente, lo que sugiere que se necesita un tiempo más largo para verificar la información del instrumento. En cuanto a los recursos (dominios e ítems) que fueron seleccionados como criterios para identificar las características de resolutivez en la APS, hubo 95,5% de acuerdo favorable entre los participantes, seguido de 81,1% de satisfacción con el instrumento y 86,7% afirmando que lo utilizarían en algún momento para evaluación, ya sea como profesional, gestor o investigador en el área. La media final obtenida para los atributos tiempo y recurso fue de 75,3%.

Sobre el tiempo medio de aplicación de un instrumento de evaluación, la literatura no menciona directamente un tiempo fijo, sin embargo, se entiende que cuanto mayor es la cantidad de ítems de un instrumento, así como el grado de complejidad involucrado, mayor es el tiempo requerido para su aplicación. Brasil (2010) en su 1ª versión del instrumento de evaluación de la APS, conocido como PCATool - Brasil, dirigido a niños, adultos y profesionales de la salud para evaluar aspectos de estructura, proceso y resultados de los servicios de APS y que contiene formularios específicos para cada público mencionado, como el destinado a la aplicación con tutores de niños acompañados por la ESF, compuesto por 55 ítems, subdivididos en 10 dimensiones de evaluación, que estimaron un tiempo medio de 40 minutos para la recolección de datos por los entrevistadores.

En otro ejemplo, podemos mencionar el PMAQ-AB, que en una de sus etapas de evaluación de la calidad de la atención primaria, llamada evaluación externa, involucró la presencia de entrevistadores calificados para llenar un formulario de investigación sobre la observación de la USF, sobre su infraestructura, materiales, suministros y medicamentos,

además de realizar entrevistas con profesionales de los equipos de salud de la familia, verificación de documentos que prueban acciones y servicios y entrevistas con usuarios presentes el día de la evaluación, con un promedio de 2 días para la recolección de información (aplicado solo a las horas de operación de la USF) debido a la extensión de datos que necesitarían ser recolectados en ese momento (Brasil, 2017b).

Sin embargo, en cuanto al tiempo asignado a la aplicación del instrumento IAR- APS, hubo un error al no especificar que solo se trataba de la verificación de los primeros 8 (ocho) dominios (A a H) y sus ítems, ya que los últimos 2 (dos) dominios (I y J), que se ocupan de la resolutivez cuantitativa y cualitativa, corresponden a las respuestas que se obtendrán solo al final del período de evaluación estipulado, porque requiere la realización de un cálculo simple, pero dependiente de los datos del vida cotidiana del servicio, que se computará únicamente en la etapa final de aplicación del instrumento. Así, el instrumento en cuanto a su tiempo de aplicación sugerido, con respecto a las observaciones de los profesionales participantes, al alegar tiempo insuficiente de 60 minutos, tuvo su tiempo ajustado a 01 día de aplicación, en el que el evaluador asigna un día hábil para la recolección de los datos iniciales y otro 01 día hábil al final del período de evaluación, para llevar a cabo los cálculos finales y elaboración de informes con los resultados encontrados.

Por lo tanto, es necesario un esfuerzo de todo el equipo de salud, para que sean conscientes de la importancia de este momento de evaluación, no solo como otra tarea agotadora, sino como una opción para revisar sus procesos y condiciones de trabajo disponibles y también para enfatizar que las acciones evaluativas no deben ser actitudes específicas, sino acciones integrantes e indispensables de los procesos de trabajo de los equipos de salud, para lograr una asistencia de calidad y resolutiva.

CAPITULO 5

9 Conclusiones

Se concluye que el presente estudio alcanzó su objetivo principal de construir y validar un instrumento para evaluar el grado de resolutivez de la APS, titulado "Instrumento para evaluar la resolutivez en la Atención Primaria de Salud" – (IAR- APS), que tuvo como referencia el desempeño de la estrategia salud de la familia en Brasil y cuya versión inicial consistió en 69 ítems de evaluación, subdividido en 10 dominios, de acuerdo con las características de resolutivez que deben estar presentes en el contexto de las unidades de salud de la familia (USF) y previstas en la literatura científica relevante para el tema, especialmente en la política nacional de atención básica (PNAB) de 2017.

Después del proceso de presentación de la versión inicial del instrumento, ante los jueces expertos, se obtuvo una validación favorable en cuanto al contenido, apariencia y confiabilidad, con un promedio general de 92,1% de aprobación y un grado favorable de confiabilidad, de 0,87 en cuanto a la consistencia interna por el alfa de Cronbach. Las sugerencias fueron hechas por los expertos, con el fin de mejorar el instrumento, las cuales fueron aceptadas en su totalidad, por ser consideradas relevantes y apropiadas en la literatura científica sobre el tema, lo que resultó en una 2ª versión del instrumento, compuesta por 10 dimensiones y 75 ítems para evaluación del grado de resolutivez de la APS, a través de territorios definidos.

Una vez consolidada la versión final del instrumento, fue sometido a la apreciación de su público objetivo, profesionales de la APS, representados por miembros de los equipos de salud de la familia, docentes, gestores e investigadores del área de estudio en cuanto a la percepción de su aplicabilidad, grado de satisfacción y posible uso en sus rutinas de trabajo, cuyo resultado también fue favorable en su promedio final, con 81,1% de acuerdo y aceptación para el posible uso del instrumento en la rutina de trabajo, con una media final de 86,7% de la concordancia. Sin embargo, no alcanzando el acuerdo aceptable para la subcategoría de tiempo, porque los profesionales participantes consideraron que el tiempo propuesto era insuficiente, y por lo tanto, se amplió de 60 minutos a 1 día, como un período reservado para la 1ª etapa de aplicación (evaluación de los primeros 8 dominios) y 1 día para la etapa final de aplicación (cálculos de resolución cuantitativa y cualitativa), que son los dos últimos ítems, que deben realizarse al final del mes destinado a la evaluación, que culminó en la opinión final para el instrumento IAR-APS como una herramienta aplicable para evaluar la resolutivez en las USF, como lo propuso la PNAB 2017, y como un recurso para planificar acciones y servicios en estos entornos.

Así, se certificó la tesis defendida en este estudio, de obtener un instrumento válido

y confiable para evaluar el grado de resolutivez en la APS, así como constituir una opción de herramienta de planificación de las acciones. Sin embargo, se detectaron algunas limitaciones durante el estudio, como la escasez de investigación relacionados con la evaluación de la resolutivez como un factor más amplio, relacionado con el abordaje de todas las necesidades de salud que llegan a las unidades de salud, y no solo con evaluaciones aisladas, de aspectos específicos de la capacidad de resolución de problemas, como la resolución del cuidado infantil, el público con trastornos mentales, entre otros. Además, no se detectaron metodologías específicas para identificar la resolutivez en la USF a partir de la demanda reprimida que se presentan en el contexto de la APS como el primer contacto con el servicio de salud, y también, debido a que el instrumento propuesto (IAR-APS), no considera el resultado de la atención ofrecida en la APS, sino sólo, si hubo o no aceptación de la demanda frente a la razón para buscar el servicio.

Por lo tanto, se observa un vacío a ser llenado, con la necesidad de estudios adicionales relacionados con la identificación de la capacidad real de resolución de problemas de los equipos de salud de la familia, a partir de la medición de las demandas que llegan a sus ambientes y no son atendidas adecuadamente y mucho menos registradas, causando una falta de conocimiento del perfil de estas búsquedas de atención en los territorios, que deben tenerse en cuenta para la calidad de la atención.

Finalmente, la aplicación del instrumento IAR-APS no pretende agotar o constituir una herramienta concluyente sobre la capacidad de resolución de problemas de un servicio de APS, ya que es evidente que la resolutivez varía en el tiempo y el espacio, resultado de condiciones que a menudo fluctúan, con períodos de suministro adecuados y otros de escasez, debido a la implicación de varios factores, como el cambio de plantilla de profesionales y directivos, la falta de transferencias o inversiones financieras, que pueden provocar la discontinuidad de acciones y servicios. También es necesario reforzar que el instrumento construido pretende ser una opción de diagnóstico situacional sobre el tema, que tiene en cuenta el concepto de resolutivez, no en su aspecto profundo, que sería acompañar al usuario desde su llegada con el problema de salud hasta su resolución completa, pero centrado en la capacidad de resolver/aceptar de al menos el 80% de las demandas de salud que se presentan en los territorios, con el fin de medir tales demandas y su porcentaje de atención en el mismo día y así identificar y reflexionar sobre la demanda reprimida, que está formada por las barreras de acceso a la atención en las unidades de salud, que están representadas por aquellos individuos que ni siquiera fueron acogidos por el sistema de salud.

Finalmente, se espera que el estudio, puede convertirse en otra opción para evaluar el escenario de APS y así contribuir al conocimiento sobre la resolutivez de acuerdo con las diversas realidades del inmenso territorio brasileño. El instrumento seguirá como una

futura herramienta de investigación para la evaluación en las unidades locales de salud, cuyos resultados serán publicados en la literatura científica sobre el tema.

REFERÊNCIAS

Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3061-3068.

Alfradique, M. E., Bonolo, P. D. F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., ... & Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1337-1349. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v25n6/16.pdf

Almeida, E. R. D., Sousa, A. N. A. D., Brandão, C. C., Carvalho, F. F. B. D., Tavares, G., & Silva, K. C. (2018a). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e180. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180/pt>.

Almeida, P. F. D., Fausto, M. C. R., & Giovanella, L. (2011a). Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(2), 84-95. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

Almeida, P. F. D., Giovanella, L., & Nunan, B. A. (2011b). Atenção primária integral à saúde: indicadores para a avaliação. In *Atenção primária integral à saúde: indicadores para a avaliação* (pp. 21-21).

Almeida, P. F. D., Medina, M. G., Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Bousquat, A., & Mendonça, M. H. M. D. (2018b). Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, 42, 244-260.

Andrade, L. S., & Francischetti, I. (2019). Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 10(1/2/3), 054-064.

Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1499-1510. <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>.

Assis, M. M. (2015). Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. ALMEIDA, Patty F.; SANTOS, Adriano M.; SOUZA, Mariluce KB Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: Edufba, 45-64.

Ayres, M. A. C. (2019). Folha de verificação: aplicabilidade desta ferramenta no

serviço de higienização hospitalar. *Humanidades & Inovação*, 6(13), 8-16.

Bandeira, M. (2014). Texto 9. Definição das variáveis e métodos de coleta de dados. Laboratório de Psicologia Experimental.

Barcellos, R. M. D. S., Melo, L. M., Carneiro, L. A., Souza, A. C., Lima, D. M., & Rassi, L. T. (2020). Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18.

Barros, M. M. A. F., Mendes, M. D. L. C., Frota, L. M. A., & de Sousa Almeida, J. R. (2018). Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 17(2).

Bermudes, W. L., Santana, B. T., Braga, J. H. O., & Souza, P. H. (2016). Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *Revista Vértices*, 18(2), 7- 20.

Bezerra, R. K. C., & Alves, A. M. C. V. (2019). A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. *Rev. Expr. Catól. Saúde*, 4(2), 7-15.

Braga, D. C., Braga, S. M. B., Cachoeira, V. A., de Melo, A. G., & de Oliveira, A. E. C. (2013). Resolutividade na Atenção Primária em Água Doce, Santa Catarina. *ANAIS DO CBMFC*, (12), 944.

Brasil (2005). Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde. 34p.

Brasil (2008). Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 52p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf

Brasil (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Caderno de apresentação: oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS. 76p.

Brasil (2013a). Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica; n.28, V.1. Brasília: Ministério da Saúde. 56p.

Brasil (2013b). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 290p.

Brasil (2016). Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver. Brasília: Ministério da Saúde. 34p.

Brasil (2018). Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68p.

Brasil (2021a). Manual instrutivo de financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_873502256307120348.pdf

Brasil, C. (2011a). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº

8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 123, 1-3.

Brasil, C. (2011c). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 123, 1-3.

Brasil. (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

Brasil. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 88-88. http://www.fehosp.com.br/files/circulares/9203ca2f81c0d9c04ddc806b1b98e2_aa.pdf.

Brasil. (2011b). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro5.pdf>

Brasil. (2011d). 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). *Diário Oficial da União*, (204), 55-55.

Brasil. (2014). Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf.

Brasil. (2015). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS.

Brasil. (2017a). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 183, p. 68, 22 set 2017

Brasil. (2017b). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil-2020. Brasília: Ministério da Saúde, 237p. https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf.

Brasil. (2020b). Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 83p. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria

Brasil. (2021b). Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: aula 4: Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 40p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf.

Brasil. (2019). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União.

Brasil. (2023). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União.

Bispo Júnior, J. P., & Almeida, E. R. D. (2023). Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00120123.

Brito, G. E. G. D., Mendes, A. D. C. G., & Santos Neto, P. M. D. (2018). O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16, 975-995. <https://www.scielo.br/j/tes/a/HkRFV33XZwq6PKNfkGr5KBG/?format=pdf&lang=pt>.

Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4723-4735.

Camargo, D. S., & Castanheira, E. R. L. (2020). Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190600. <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2020.v24suppl1/e190600/pt>

Cardoso, C. S., Bandeira, M., Ribeiro, A. L. P., Oliveira, G. L., & Caiaffa, W. T. (2011). Escalas de satisfação com o atendimento às doenças cardiovasculares: CARDIOSATIS usuário e equipe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1401-1407.

Celeste, L. E. N., Maia, M. R., & Andrade, V. A. (2021). Capacitação dos profissionais de enfermagem frente às situações de urgência e emergência na atenção primária a saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(12), e443101220521-e443101220521.

Chávez, G. M., Almeida, N. A. D., Nitschke, R. G., & Viegas, S. M. D. F. (2021). Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 29.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/ChR9ZRNWqfQPJhDBvr3Rfji/abstract/?lang=pt>

Chávez, G. M., Rennó, H. M. S., & Viegas, S. M. D. F. (2020a). A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30.

Chávez, G. M., Viegas, S. M. D. F., Roquini, G. R., & Santos, T. R. (2020b). Acesso, acessibilidade e demanda na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 24. <https://www.scielo.br/j/ean/a/rLPKRYPYbWkRjFWPPBTWftGj/?format=pdf&lang=pt>

Chiesa, A. M., Zoboli, E. L. C. P., & Granja, G. (2012). Atenção à saúde na perspectiva da equidade. In *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos.

Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 925-936.

Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1999). Saber preparar uma pesquisa 3ª ed. *São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco*.

Cordova, F. P., Santin, J., Barros, A. P. D., Pereira, C. S., Paskulin, L. M. G., Duarte, Ê. R. M., ... & Ferreira, G. E. (2020). Artefatos para o cuidado de usuários com lesões crônicas de pele na atenção primária à saúde com base em princípios da gestão da clínica. *Research, Society and Development*, 9(11), e94991110654-e94991110654.

Costa, A. B., Gouvea, P. B., Rangel, R. D. C. T., Schneider, P., Alves, T. F., & Acosta, A. S. (2018). Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). *Enfermería Actual de Costa Rica*, (35), 103-115.

Costa, J. P., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Paula, M. L. D., & Bezerra, I. C. (2014). Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em debate*, 38, 733-743. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/733-743/pt>.

Costa, R. O., Silva, M. D. V. F. B., do Carmo Rodrigues, C. F., Ferreira, R. K. A., & dos Santos, C. V. M. (2021). O acesso de primeiro contato como parâmetro da resolutividade na atenção primária. *Saúde em Revista*, 21(1), 181-193.

Cruz, A. O. D., & Oliveira, J. G. S. D. (2022). Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. *Revista Bioética*, 29, 844-854.

Cunha, C. M., de Almeida Neto, O. P., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(47), 75-83.

Cunha, C. R. H. D., Harzheim, E., Medeiros, O. L. D., D'Avila, O. P., Martins, C., Wollmann, L., & Faller, L. D. A. (2020). Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência*

& *Saúde Coletiva*, 25, 1313-1326.

da Costa, C. F. S., Vagheti, H. H., Santos, S. S. C., Francioni, F. F., & da Costa Kerber, N. P. (2015). A complexidade da Rede de Atenção à Saúde/The complexity of the Health Care Network. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1609-1615. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27791/pdf>.

da Silva Filho, M. S., & Rodrigues, I. R. (2020). Inovações e desafios no acompanhamento de pacientes crônicos em tempos de covid-19 na Atenção Primária à Saúde. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, 12, 1-7.

da Silva, M. D. F. F., da Silva, E. M., da Silva Oliveira, S. L. S., Abdala, G. A., & Meira, M. D. D. (2018). Integralidade na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 1, 394-400.

da Silva, M. M. (2019). Estratégia Saúde da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. *Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 06-Nº 2/Jul-Dez 2019*.

da Silveira Donaduzzi, D. S., Fettermann, F. A., Colomé, J. S., & Beck, C. L. C. (2021). Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. *Research, Society and Development*, 10(5), e12010514648-e12010514648.

Damaceno, A. N., da Silva Lima, M. A. D., Pucci, V. R., & Weiller, T. H. (2020). Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, 14.

Dantas, A., Mageste, R., Mattos, V. W., & Esteves, C. B. (2015). O fenômeno da judicialização da saúde como estratégia de acesso aos serviços de saúde. *CONASS. Direito à Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS*.

de Andrade Martins, G. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios-RBGN*, 8(20), 1-12.

de Freitas, M. A. S., & de Araújo, M. R. N. (2018). As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 8(3).

de Jesus Soares, D., & Rivemales, M. D. C. C. (2019). Apoio matricial na gestão do trabalho da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Journal of nursing and health*, 9(2).

de Medeiros, L. S. P., Pacheco, R. F., de Medeiros, M. A., Correa, L., da Silva, R. M., Ventura, J., & Tuon, L. (2021). Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, 10(11), e434101119959-e434101119959.

de Souza Rockenback, L. D., Barbosa, D. N. F., & Bez, M. R. (2021). Formação

Permanente Mediada por Tecnologias na Atenção Primária em Saúde: Revisão Sistemática. *Revista de Atenção à Saúde*, 19(69).

dos Santos, T. V. C., & de Mattos Penna, C. M. (2017). Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico*, 12(1), 98-108.

Duarte, S. P. R., de Almeida, G. S., Lima, B. S. B., & de Carvalho, E. M. (2019). Atualização de mapa territorial em Unidade Básica de Saúde, com utilização de técnica de geoprocessamento: um relato de experiência. Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde.

Elliot, L. G. (2012). Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação. *Rio de Janeiro: Wak Editora*, 29012.

Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 42, 208- 223. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxXfbxpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>.

Farias, P. C. D., & da Silva, R. G. (2020). A importância da auditoria interna na qualificação das informações do sistema e-SUS-AB na atenção básica do município de Sitio Novo do Tocantins. *Revista Extensão*, 4(2), 90-97.

Fausto, M. C. R., & Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. EPSJV.

Fausto, M. C. R., Rizzoto, M. L. F., Giovanella, L., Seidl, H., Bousquat, A., Almeida, P. F. D., & Tomasi, E. (2018). O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em debate*, 42, 12-14. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?format=pdf&lang=pt>.

Ferreira, L., Barbosa, J. S. D. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. D. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43, 223-239.

Figueiredo, E. N. D. (2012). A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 743-752. <https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/?format=pdf&lang=pt>.

Fontana, K. C., Lacerda, J. T. D., & Machado, P. M. D. O. (2016). O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde em Debate*, 40, 64-80. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HpKx9c4yZwGTmvBxQ8H69Wf/?format=pdf&lang=pt>.

França, M. A., da Silva, D. H. M., & de Aquino, R. C. A. (2020). Condições de acessibilidade para os usuários com mobilidade reduzida nas unidades básicas de saúde da cidade do recife-pe. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*.

Franco, T. B., & Magalhães Júnior, H. M. (2003). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 2, 125-34.

Galvão, J. R., Almeida, P. F. D., Santos, A. M. D., & Bousquat, A. (2019). Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 35. <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>

Garuzi, M., Achitti, M. C. D. O., Sato, C. A., Rocha, S. A., & Spagnuolo, R. S. (2014). Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 35, 144-149. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf.

Giovanella, L. (2008). Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s21-s23. <https://www.scielo.br/j/csp/a/TTwyRTTyGVjQFXBHw6xjJfJ/?format=pdf&lang=pt>.

Giovanella, L. (2014). Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulg. saúde debate*, 30-37.

Giovanella, L., Bousquat, A., Schenkman, S., Almeida, P. F. D., Sardinha, L. M. V., & Vieira, M. L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2543-2556. <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>.

Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: ¿para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1475-1482. <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJqxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>.

Gomes, C. B., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1327-1338. <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?format=pdf&lang=pt>.

Gonzaga, C. B., & Ferreira, G. N. (2017). Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade da atenção no SUS. *Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas-RIDAP*, 2(1), 12-26. <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270/607>.

Grabois, V. (2011). Gestão do cuidado-Victor Grabois.

Guizardi, F. L., & Dutra, E. D. B. (2021). Efetividade de tecnologias digitais na educação permanente em saúde. Rede UNIDA.

Günther, H. (2003). Como elaborar um questionário. *Série: Planejamento de pesquisa nas ciências sociais*, 1, 1-15.

Harzheim, E. (2011). Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPS, 2011. p. 45-54.

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141223/000851808.pdf?sequence=1>

Harzheim, E., Santos, C. M. D., D'Avila, O. P., Wollmann, L., & Pinto, L. F. D. S. (2020). Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Vol. 15, n.42(2020).

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212761/001115888.pdf?sequence=&sAlly>

Hino, P., Ciosak, S. I., Fonseca, R. M. G. S. D., & Egry, E. Y. (2009). Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1156-1167.

Lacerda, J. T. D., & Moretti-Pires, R. O. (2012). Processo de trabalho na atenção básica.

Lacerda, J. T. D., Moretti-Pires, R. O., & Colussi, C. F. (2016). Processo de trabalho na atenção básica.

Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20, 867-874.

<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>.

Lazarino, M. D. S. A., Silva, T. L., & Dias, E. C. (2019). Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 44.

Lima, J. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Fausto, M., & Medina, M. G. (2022). Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20.

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42, 18-37.

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt>.

Marques, J. C. (2012). Ferramentas da qualidade. *Universidade da Madeira*.
Matta, G. C., & Morosini, M. V. G. (2009). Atenção primária à saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, 2, 44-50.

http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf

Matta, G.C. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. EPSJV.
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Políticas%20de%20Saúde%20%20Princípios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20Único%20de%20Saúde.pdf>

Mattos, R. A. D. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização

das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 771- 780.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ice/v13s1/a28v13s1.pdf.

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. D., Oliveira, J. R. D., & Andrade, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*, 42, 38-51. <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>.

Mendes, E. V. (2002). A atenção primária à saúde no SUS. In *A atenção primária à saúde no SUS* (pp. 89-89). Brasília: CONASS.

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 2297-2305. <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRydkGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>.

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: CONASS.

Mendes, E. V. (2015). A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS.

Mendes, E. V. (2019). Desafios do SUS. In *Desafios do SUS* (pp. 869-869). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>

Mendes, E. V. (2021). A atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças. Brasília: CONASS.

Mendes, E.V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

Mendonça, M. M., Aleluia, Í. R. S., Sousa, M. L. T. D., & Pereira, M. (2021). Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1625-1636.

Mendonça, F. D. F., Lima, L. D. D., Pereira, A. M. M., & Martins, C. P. (2023). As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 47, 13-30.

Mendonça, R. U., Freitas, R. F., Urias, E. V. R., Caldeira, A. P., Rocha, J. S. B., & Popoff, D. A. V. (2019). Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis. *Revista Univap*, 25(47), 86–97. <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i47.2078>

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 1, 59-72.

Mielke, F. B., & Olschowsky, A. (2011). Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Escola Anna Nery*, 15, 762-768.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/Wcw7dvnNgJ4kJqhmFzMp85d/?format=pdf&lang=pt>

Monteiro, G. T. R., & da Hora, H. R. M. (2013). Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Editora Appris.

Montenegro, H., & Suárez, J. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf.

Morais, J. B., Jorge, M. S. B., Bezerra, I. C., Paula, M. L. D., & Brilhante, A. P. C. R. (2018). Avaliação das pesquisas nos cenários da atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. *Saúde e Sociedade*, 27, 783-793.

Moura, M. E. B., de Oliveira Brito, J. N. P., de Sousa, C. M. M., & Ramos, C. V. (2014). A estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8 (7), 2155-2159.

Nicola, T., & Pelegrini, A. H. W. (2018). Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of Nursing and Health*, 8(1).

Nobre, V., Pereira, J., Mrejen, M., Medeiros, O., & Tasca, R. (2023). Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa?. *APS EM REVISTA*, 5(2), 56-64.

Oliveira, A. E. F. D., & Reis, R. S. (2016). Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf>

Oliveira, M. A. D. C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 158-164. <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>

Oliveira, M. M., Pinto, I. C., Cruz, V. D., Coimbra, V. C. C., Oliveira, W. E. D. A., Lopes, T. S., & Alves, P. F. (2014). Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. *Revista de APS*, 17(4). <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15302/8065>

Oliveira, N. R. D. C., Santos, H. F. D. A. C., Garcia, P. T., Pinho, J. R. O., Reis, R. S., Oliveira, A. E. F. D., ... & França, R. M. (2015). Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/20567>.

Padilha, R. D. Q., Gomes, R., Lima, V. V., Soeiro, E., Oliveira, J. M. D., Schiesari, L. M. C., ... & Oliveira, M. S. D. (2018). Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 4249-4257.

Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>.

Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1525-1534.

<https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>.

Pereira, D. B. (2017). Grupo Temático 3: análise de políticas públicas. O processo de monitoramento de políticas públicas de saúde: o caso do Núcleo Estratégia Saúde da Família. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.

<https://www.ufpb.br/ebap/contents/documentos/0649-664-o-processo-de-monitoramento-de-politicas-publicas-de-saude.pdf>

Pereira, A. G., Gomes, A. M., Merey, L. S. F., Carli, A. D. D., & Santos, M. L. D. M. D. (2022). Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. *Fisioterapia em Movimento*, 35.

Pereira, A. M. M., Castro, A. L. B. D., Malagón Oviedo, R. A., Barbosa, L. G., Gerassi, C. D., & Giovanella, L. (2012). Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*, 36(94), 482-499.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K45cRxHGQqWTG8SFxDJMSpp/?format=pdf&lang=pt>.

Pilatti, L. A., Pedroso, B., & Gutierrez, G. L. (2010). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Revista brasileira de ensino de Ciência e Tecnologia*, 3(1).

Pinto, G. A., & CHAVEZ, J. R. A. (2012). O uso do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação dos serviços no setor de transporte urbano por ônibus. Comunicação apresentada no Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Universidade Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul.

Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1903-1914.

<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt/>.

Pupo, G. D., Leite, S. N., Diehl, E. E., Soares, L., Farias, M. R., & Santos, R. I. D. (2014). Rede de atenção à saúde.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/3250/1/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>.

Reis, D. O., Araújo, E. C. D., & Cecílio, L. C. D. O. (2012). Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde.

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf.

Rezende, V. A. (2010). A resolutividade da Atenção Básica: uma revisão de literatura.

Ribeiro, A. P. M., Frisanco, F. M., Barbieri, M. R. B., de Lima, V. B., da Silva Jacob, L. M., & Júnior, M. M. (2022). A importância da implantação do acolhimento na atenção

primária à saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(11), e148111133325-e148111133325. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33325>

Ribeiro, L. A., & Scatena, J. H. G. (2020). Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde em Debate*, 43, 126- 140.

Rocha, J. S. Y., & Caccia-Bava, M. D. C. G. (2016). População e serviços de saúde: as necessidades, a demanda e a utilização de serviços. <http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/2016-MSPSC-Popula%C3%A7%C3%A3o-e-Servi%C3%A7os-Sa%C3%BAde-Cap-4.pdf>

Rodrigues, A. W. D., Mello, E. C. D. A., Candeia, R. M. S., Silva, G., Gomes, L. B., & Sampaio, J. (2021). Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 45, 1060- 1074. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113109>

Rosa, R. B., Pelegrini, A. H. W., & Lima, M. A. D. D. S. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 345-351.

Rotoli, A., Silva, M. R. S. D., Santos, A. M. D., Oliveira, A. M. N. D., & Gomes, G. C. (2019). Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Escola Anna Nery*, 23. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>

Sales, M. R., de Jesus Souza, P., de Freitas Sá, D. L., Queiroz, M. P., & dias dos Anjos, J. P. (2020). Coordenação do cuidado: desafios na Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, 23.

Santos, F. M. D., Macieira, C., Machado, A. T. G. D. M., Borde, E. M. S., & Santos, A. F. D. (2022). Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 25. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>

Santos, T. V. C. D., & Penna, C. M. D. M. (2013). Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 22, 149-156. <https://www.scielo.br/j/tce/a/3wyjtDpJqzN5Dmt667XjycR/?format=html&lang=pt>

Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., & Martins, A. B. T. (2016). Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. *Fortaleza: EdUECE*.

Sarti, T. D., & Almeida, A. P. S. C. (2022). Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, PT252221.

Sellera, P. E. G., Pedebos, L. A., Harzheim, E., Medeiros, O. L. D., Ramos, L. G., Martins, C., & D'Avila, O. P. (2020). Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção

Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25,1401-1412. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>

Seta, M. H. D., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P. (2021). Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & saúde coletiva*, 26,3781- 3786. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>

Silva, J. P. V. D., Batistella, C. E. C., & Gomes, M. D. L. (2007). Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família.

Silva, L. Á. N., Harayama, R. M., Fernandes, F. D. P., & Lima, J. G. (2019). Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde em Debate*, 43, 742- 754. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>

Silva, L. S., da Fonseca Viegas, S. M., do Nascimento, L. C., Menezes, C., Martins, J. R. T., & Potrich, T. (2020). Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10.

Silva, L.S., Menezes, C.N., L.C., do Nitschke, Duarte, R. G., Duarte, Correia, D., & da Fonseca Viegas, S. M. (2021). Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Avances en Enfermería*, 39(1), 30-39. Epub February 05, 2021. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85573>

Silva, S. F. D. (2014). Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg. saúde debate*, 165-176.

Siméant, S. (1984). Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 97 (2), ago. 1984.

Siochetta, T. M., Silva, A., Beuren, A. C., & Almeida, S. D. M. (2019). Baixa resolutividade na rede de atenção à saúde: Um problema vigente. *Revista Saúde Integrada [Internet]*, 12(23), 190-203.

Sousa, A. N. (2018). Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*, 42, 289-301. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zwp65kZ9j4gzMQFBHZgLnwf/?lang=pt>

Souza, C. R., & Botazzo, C. (2013). Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 393-413.

Souza, K. O. C. D., Ribeiro, C. J. N., Santos, J. Y. S., Araújo, D. D. C., Peixoto, M. V. D. S., Fracolli, L. A., & Santos, A. D. D. (2022). Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35.

Sperândio, D. J. (2008). A tecnologia computacional móvel na Sistematização da

Assistência de Enfermagem: avaliação de um software protótipo. 2008, 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.

Tanaka, O. Y. (2011). Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e sociedade*, 20, 927-934.

Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 821-828. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n4/v17n4a02.pdf

Teixeira, C. (2011). Os princípios do sistema único de saúde. *Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia.*

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.

Terra, A. A. A., Silva, G. A. D., Silva, M. R., Giarola, L. T. P., & Schiavon, I. C. A. (2022). Magnitude entre a acessibilidade, espaço de tempo e o diagnóstico da tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02692>

Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, 42, 361-378. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>.

Tomasi, E., Nedel, F.B., & Barbosa, A.C.Q. (2021). Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *Aps em revista*, 3(2), 131–143. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>

Turrini, R. N. T., Lebrão, M. L., & Cesar, C. L. G. (2008). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, 24,663-674. <https://www.scielo.br/j/csp/a/L5hWNRbQx6g7DYGM8NHgKBb/?format=pdf&lang=pt>.

Vasconcelos, M. I. O., Xavier, A. L. C., do Nascimento, M. N., Cavalcante, Y. A., Rocha, S. P., & da Silva Gomes, J. (2018). Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 17(1).

Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 1751-1762. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1751-1762/pt>.

Viana, A. L. D. Á., Bousquat, A., Melo, G. A., Negri Filho, A. D., & Medina, M. G. (2018).

Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1791-1798.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?format=pdf&lang=pt>.

Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 225- 264.
<https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf&lang=pt>.

Vidal, T. B., Rocha, S. A., Harzheim, E., Hauser, L., & Tesser, C. D. (2019). Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Revista de Saúde Pública*, 53.

Vilarinho, L. R. G., Nascimento, R. M., de Oliveira, A. F., dos Santos, A. P. D. O., da Silva Aguiar, G., da Silva, L. P., & Leite, L. S. (2020). *Construção e validação de instrumentos de avaliação: da teoria à exemplificação prática*. Pimenta Cultural.

Zucchi, P., Del Nero, C., & Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9, 127- 150.

**APÉNDICE A - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD
(IAR- APS) - VERSIÓN FINAL DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN DE LOS JUECES
EXPERTOS**

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

1. Identificación

Nombre del evaluador:
Función:
Género: ()F ()M
Fecha de evaluación:
Período evaluado:
Ubicación:

Marque con una X la opción correspondiente con respecto a la presencia del atributo indicado sobre la resolutiveidad ofrecida por el Equipo Salud de la Familia/UBS evaluado:

DOMINIO A: INFRAESTRUTURA DE LA UBS Se trata de la estructura física de la UBS, si dispone de los recursos necesarios para el acceso, recepción y servicio del usuario que busca el servicio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
A.1 ¿Existe una lista en la UBS que identifique los servicios ofrecidos?			
A.2 ¿Existe una lista visible en la UBS para los usuarios con escala de servicio de los profesionales de UBS?			
A.3 ¿Existe un aviso en la UBS sobre los horarios de funcionamiento?			
A.4 ¿La UBS dispone de señales de flujo y confort térmico o acústico?			
A.5 ¿La UBS está adaptada para personas con discapacidad física?			

A.6 ¿Hay consultorio médico y de enfermería con baño?			
A.7 ¿Hay una sala de procedimientos exclusiva?			
A.8 ¿Hay una sala de vacunación?			
A.9 ¿Hay un área de asistencia farmacéutica?			
A.10 ¿Existe una sala colectiva de inhalación?			
A.11 ¿Hay una sala de recogida de exámenes?			
A.12 ¿Hay una sala para vendajes?			
A.13 ¿Existe un sitio de purga?			
A.14 ¿Existe una sala de esterilización de materiales?			
A.15 ¿Existe una sala de observación?			
A.16 ¿Hay una sala para reuniones de equipo o actividades colectivas?			
A.17 ¿Hay un consultorio dental? Si no lo tiene, marque NA.			
A.18 ¿Hay una zona de recepción?			
A.19 ¿Hay lugar para archivos y registros?			
A.20 ¿Existe una sala multiprofesional para acoger la demanda espontánea?			
A.21 ¿Existe una sala de gestión en la UBS?			
A.22 ¿Hay un baño exclusivo para el público?			
A.23 ¿Existe un baño exclusivo para los empleados de la UBS?			
A.24 ¿Existe un baño adaptado que pueda ser utilizado por usuarios de sillas de ruedas?			
A.25 ¿Está la UBS informatizada, con internet y equipo informático para			

registrar los servicios y atendimientos?			
DOMINIO B: CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO Y DEL EQUIPO			
Se trata de la capacidad de atención y respuesta del equipo de salud de acuerdo con las demandas del territorio de salud que emanan del territorio.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
B.1 ¿Todos los profesionales del equipo de salud de la familia cumplen con la jornada de 40 horas/semanales (al menos 32 horas en la UBS) durante todo el año?			
B.2 ¿Tiene una población registrada entre 2.000 y 4.000 personas, según la clasificación del municipio del equipo por el IBGE (instituto brasileño de geografía y estadística)?			
B.3 ¿Es compatible el alcance de los servicios ofrecidos (esenciales o ampliados de UBS) con la demanda en el período evaluado? Lista de verificación de los servicios en anexo. Si hubo una falta de al menos 1 servicio en el período, considere NO.			
B.4 ¿Dispone la UBS de un informe de análisis de demanda del territorio para la prestación de servicios de la UBS, realizado por la Dirección Municipal?			
B.5 ¿Tiene la UBS un mapa del territorio con una clasificación visible de área de riesgo?			
B.6 ¿Existe un seguimiento de la satisfacción de los usuarios en UBS? (Libro, buzón de sugerencias, medio electrónico, etc.)			
B.7 ¿El equipo de salud de la familia actualiza con frecuencia el perfil de la población con problemas de riesgo, por ejemplo, hipertensión, diabetes,			

tuberculosis, lepra, etc.?			
DOMINIO C: ACCESIBILIDAD			
Se trata de las formas en que los equipos de salud reciben a los usuarios, universalmente y sin exclusiones, satisfaciendo todas sus necesidades.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
C.1 ¿Hay diferentes horarios de atención por parte del equipo (sábado u horario ampliado)?			
C.2 ¿Tiene alguna manera de programar citas previas, por teléfono, correo electrónico o de otra manera?			
C.3 ¿UBS abre en el almuerzo?			
C.4 ¿Existe un profesional responsable en la UBS para programar consultas y procedimientos?			
DOMINIO D: ACOGIDA			
Relacionado con cómo recibir a los usuarios para que coincidan con sus necesidades de salud, con clasificación de riesgo.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
D.1 ¿El equipo atiende a todas las personas que llegan a UBS, independientemente de si está registrado o no? (no solo ciertos grupos de población, o enfermedades más prevalentes y/o fragmentadas por ciclo de vida).			
D.2 ¿Hay un servicio de demanda diaria programada y espontánea simultáneamente?			
D.3 ¿Hay alguna manera de que el equipo facilite el acceso a la atención, especialmente para aquellos que buscan la UBS fuera de las citas o actividades programadas?			

D.4 ¿Existe un profesional específico responsable de acoger a los usuarios que buscan atención?			
D.5 ¿Existe una evaluación del riesgo y la vulnerabilidad de las personas que buscan atención en la UBS?			
D.6 ¿Existe una escucha cualificada comprometida con la evaluación del potencial de riesgo, agravamiento de la salud y grado de sufrimiento de los usuarios, considerando dimensiones de expresión (física, psíquica, social) y gravedad?			
D.7 ¿Está organizado el proceso de trabajo del equipo para permitir que los casos urgentes/de emergencia tengan prioridad en la atención, independientemente del número de consultas programadas en el período?			
D.8 ¿La información obtenida en la acogida con clasificación de riesgo se registra en la historia clínica del ciudadano (física o preferiblemente electrónica)?			
D.9 ¿La estratificación del riesgo, por criterios clínicos, sociales, económicos, etc., basada en guías clínicas, identifica subgrupos con condiciones crónicas de salud y así programar acciones de seguimiento?			
D.10 ¿Ha recibido el equipo alguna formación sobre la escucha y la acogida de los usuarios en la UBS?			
DOMINIO E: COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Forma de seguimiento de usuarios en la RAS y referenciamiento de los casos necesarios			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA

E.1 ¿El equipo usa o tiene un protocolo de referencia de casos disponible?			
E.2 ¿Existe una gestión de colas en la UBS para exámenes y/o consultas con especialistas?			
E.3 ¿Considera que el equipo tiene las condiciones adecuadas para referenciar servicios especializados ambulatorias?			
E.4 ¿El equipo puede ordenar el flujo de personas a los otros puntos de atención del RAS?			
E.5 ¿Tiene el equipo algún mecanismo para gestionar la referencia y la contrarreferencia en otros puntos de atención?			
E.6 ¿El equipo establece algún tipo de vínculo o relación con los especialistas que atienden a las personas en su territorio?			
E.7 ¿Tiene la UBS un servicio de regulación?			
E.8 ¿El equipo tiene apoyo matricial presencial o a distancia?			
DOMINIO F: HERRAMIENTAS DE GESTIÓN CLÍNICA			
Se refiere a la preparación clínica del equipo de salud y los recursos terapéuticos y diagnósticos disponibles para ofrecer una salud de calidad.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
F.1 ¿Existe el uso de protocolos clínicos específicos y guías de conocimiento del equipo de salud en la atención realizada?			
F.2 ¿Hay uso de planes de acción en caso de necesidades específicas en el territorio?			
F.3 ¿El equipo de salud tiene conocimiento y utiliza líneas de atención para sus acciones?			

F.4 ¿Existe un uso de proyecto terapéutico singular por parte del equipo de salud?			
F.5 ¿Existe utilización de genograma y/o ecomapa?			
F.6 ¿Hay administración de listas de espera para la atención por el equipo de salud?			
F.7 ¿El equipo utiliza con frecuencia indicadores de atención para evaluar los servicios ofrecidos?			
F.8 ¿ El equipo tiene la provisión de apoyo diagnóstico de acceso inmediato en la UBS: como pruebas rápidas (VIH, SÍFILIS, EMBARAZO, etc.)? En presencia de al menos 1, considere SÍ.			
F.9 ¿El equipo adopta la terapia de tratamiento directamente observada para la tuberculosis u otras enfermedades?			
F.10 ¿Existen otras tecnologías de soporte diagnóstico en UBS? Por ejemplo, electrocardiograma u otro.			
F.11 ¿No existe un período evaluado de disponibilidad completa de todos los recursos materiales para llevar a cabo los procedimientos?			
F.12 ¿Existe en la propia UBS una colección de exámenes para patología clínica?			
DOMINIO G: PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE Se trata del aprendizaje que se produce en el entorno laboral ante la necesidad de actualizarse y adaptarse al perfil del territorio.			
ÍTEMES EVALUADOS	SÍ	NO	NA
G.1 ¿Existen acciones periódicas y regulares de educación permanente en el equipo, con un mínimo de 1 actividad			

mensual?			
G.2 ¿Tiene el equipo acceso/utiliza en su UBS una herramienta de apoyo digital para teleconsulta, telediagnóstico (llamada telesalud)?			
G.3 ¿El equipo utiliza herramientas virtuales para llevar a cabo capacitaciones o actualizaciones de contenido, tales como: (lives, capacitación web, etc.)?			
DOMINIO H: ATENCIÓN INTEGRAL			
Relacionado con la prestación de atención frente a todas las demandas de salud y con la coordinación de la atención para otros niveles de la red de atención a la salud (RAS).			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
H.1 ¿Existe una lista de espera en la UBS para atender las demandas que surjan el mismo día?			
H.2 ¿Utiliza UBS algún mecanismo que garantice la referencia (en casos no resueltos en UBS) a otros servicios el mismo día?			
H.3 ¿El equipo organiza la atención multiprofesional en casos necesarios con eMulti (equipo multidisciplinario de atención primaria de salud) ?			
H.4 ¿El equipo realiza actividades de educación para la salud en la propia UBS y fuera de la UBS (guarderías, escuelas, iglesia, asociaciones, etc.) al menos una vez al mes?			
DOMINIO I: RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA			
Relacionado con la capacidad cuantitativa de atención del equipo de salud, con relación a los recursos disponibles para la atención.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA

I.1 Calcular la resolutivez cuantitativa en el período evaluado utilizando el cálculo: número de solicitudes atendidas en la UBS dividido por el número de solicitudes respondidas + número de solicitudes rechazadas. ¿El resultado fue igual o superior a 0,80? (Nota. Cómo obtener este cálculo está disponible al final del instrumento).			
DOMINIO J: RESOLUTIVIDAD CUALITATIVA En cuanto a la capacidad de los equipos de salud para satisfacer las demandas específicas de los usuarios. Se evalúa por la capacidad clínica de los profesionales y el apoyo existente para las acciones terapéuticas y diagnósticas. Evaluado por el número de referencias al especialista.			
ÍTEMS EVALUADOS	SÍ	NO	NA
J.1 Calcular el número de referencias realizadas a especialistas en el periodo. ¿La tasa fue inferior al 20%? (Nota. Cómo obtener este cálculo está disponible al final del instrumento).			

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES DEL INSTRUMENTO IAR-APS

1. Para el cálculo de la puntuación del instrumento IAR-APS, tenga en cuenta la siguiente fórmula:

Características resolutivas:

$$\frac{\text{Total de ítems con respuesta Sí}}{\text{Total de ítems del instrumento (75)}} \times 100 = \text{Grado de las características resolutivas.}$$

TABLA DE REFERENCIA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS RESOLUTIVAS EN LA APS

Características Resolutivas	Valores de referencia
Excelente	80% a 100%
Regular	50% a 79%
Bajo	Menor que 50%

Después de evaluar las características resolutivas, utilice los dominios I y J y sus subítems (I.1 y J.1) para comparar los resultados encontrados. Los dominios I y J (I.1 y J.1) positivos (con respuestas SIM en la *lista de verificación*) deben ser compatibles con características de resolución del 80% al 100%. Si hay divergencias con los resultados

de la resolución cuantitativa y/o cualitativa, el servicio necesita ser reevaluado como un equipo con propuestas de reajuste u optimización de los servicios prestados.

- Para calcular la resolutivez cuantitativa y cualitativa, utilice las siguientes fórmulas:

➤ **Resolutivez cuantitativa:**

$$\frac{\text{Nº de solicitudes atendidas en el servicio}}{\text{Nº de solicitudes atendidas + Nº de solicitudes rechazadas}} \times 100$$

Fuente de la información necesaria para los cálculos:

Numerador: Estas son todas las visitas individuales realizadas por un médico, enfermera técnica o asistente de enfermería del equipo evaluado.

Fuente del numerador: Informe SISAB

Denominador: Todas las visitas individuales realizadas por un médico y una enfermera sumaron al número de solicitudes rechazadas por el servicio en el período evaluado.

Fuente del denominador: Informe SISAB (para todos los cuidados individuales de médico, enfermero y técnico o auxiliar de enfermería) y valor total encontrado en el formulario adjunto (para identificar el número de solicitudes rechazadas en el período evaluado).

➤ **Resolutivez cualitativa :**

$$\frac{\text{Número de casos atendidos – número de casos referidos}}{\text{Número de casos atendidos}} \times 100$$

Fuente de la información necesaria para los cálculos:

Numerador: Se trata de todos los atendimientos de atención individual realizadas por un médico, enfermero y técnico o asistente de enfermería del equipo evaluado, sustraído del número de casos que fueron referenciados al especialista en el período evaluado.
Fuente del numerador: Informe SISAB
Denominador: Todos los atendimientos de atención individual realizada por un médico, enfermera y técnico o asistente de enfermería.
Fuente del denominador: Informe SISAB (para toda la atención individual por parte de un médico, enfermero y técnico o asistente de enfermería).

TABLA DE REFERENCIA PARA LA RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Tipo de resolutivead evaluada	Valores de referencia
Resolutivead cuantitativa	=> 0,85 o 85% Resolutivead recomendada. < 0,85 o 85% Baja resolutivead.
Resolutivead cualitativa	5% a 20% Resolutivead recomendada. >20% - Baja resolutivead.

APÉNDICE B - MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (IAR-APS).

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (IAR-APS).

1. INSTRUCCIONES GENERALES Y CONDICIONES PARA EL INICIO DE LA EVALUACIÓN

- ✓ El evaluador debe definir el período de evaluación para la ubicación seleccionada (mes), que debe corresponder al período de tiempo completo, comenzando el 1º día del mes elegido hasta su finalización;
- ✓ Se recomienda realizar una reunión con todos los trabajadores de la Unidad Básica de Salud, para que conozcan el proceso de evaluación en el período seleccionado;
- ✓ Ofrecer al responsable de la acogida (recepción) el formulario específico para registrar los servicios que se solicitaron, pero que no fueron atendidos en el día, ya sea por cualquier motivo, repasando todas las instrucciones sobre cómo llenarlo;
- ✓ La *lista de verificación* consiste en la escala de respuesta SÍ/NO/NO APLICA (NA). Los elementos marcados como NA deben contarse como un atributo faltante, es decir, interpretarse como NO.
- ✓ Al final del período de evaluación, el evaluador responsable debe preparar un informe con el resultado, señalando el grado de resolución alcanzado, puntos defectuosos, dificultades o facilidades para lograr o no la capacidad de resolución de problemas, sugerir medidas correctivas y presentar al equipo para su análisis y discusión.

2. CÓMO VERIFICAR LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO

- ✓ Los ítems de la lista de verificación deben registrarse a partir de la observación directa in situ, análisis de documentos que prueben el ítem e informes del SISAB (Sistema de Información en Salud para Atención Básica).

3. VERIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA DE LOS ÍTEMS SEGÚN LA PNAB (2017)

- Los ítems dispuestos en la *lista de verificación* están orientados a partir de la propuesta de política nacional de atención primaria (2017), siendo requisitos esenciales para la calidad de la oferta de servicios de la Estrategia Salud de la Familia. La no asistencia a las características de resolución previstas en los ítems indicados requiere medidas correctoras por parte de la Dirección Municipal y/o cambios en los procesos de trabajo del equipo para mejorar la resolutiveidad.
- Tenga en cuenta que la capacidad de resolución de problemas es dinámica y puede cambiar de acuerdo con las características del servicio (recursos humanos, logística de materiales esenciales del servicio, procesos de trabajo, recursos financieros, logística de la red de atención médica, etc.) que estarán disponibles o no en el período evaluado. Así, cuanto mayor sea la presencia y permanencia de las características problemáticas en el servicio, mayor será su poder de control de problemas y más consolidado será el papel de la APS como puerta de entrada preferida y ordenada a las Redes de Atención a la Salud (RAS).

4. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

- Los resultados obtenidos se presentarán en términos porcentuales sobre el grado de resolutiveidad del sitio evaluado. Se parte de la premisa de que la APS debe ser capaz de resolver el 80% de las demandas de salud de la población, donde los casos no resueltos deben ser debidamente referidos a especialistas, y este nivel de atención es responsable de esta dirección.
- Al final de la evaluación, se debe hacer un informe con los resultados obtenidos y presentar a todos los trabajadores de la UBS a través de una reunión para discutir y señalar posibles soluciones a los problemas o déficits encontrados. Debe contener el grado de resolutiveidad del servicio; déficits

encontrados; relación de servicios no ofrecidos en el período de evaluación y justificaciones. Después de la reunión, los trabajadores deben discutir posibles medidas correctivas.

5. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA RECOPILAR INFORMACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN IAR-APS

Siga las instrucciones específicas para cada ítem a evaluar.

Dimensión	Ítems	Instrucciones
A	A.1; A.2; A.3	Información recogida por observación directa en el sitio evaluado, a través de la evaluación de la presencia de pancarta, panel, panel informativo o pintura del mapa del territorio, escala de servicio de profesionales, horarios de apertura y señales.
A	A.4	Observe si hay letreros con identificación o de alguna manera que identifiquen las oficinas, pasillos, sala de examen y todos los ambientes del sitio. Compruebe si hay aire acondicionado o ventiladores.
A	A.5	Observe si hay rampas, barras, baños accesibles para sillas de ruedas y accesos adaptados o posibles para personas con discapacidades físicas de cualquier naturaleza.
A	A.6	El consultorio debe ser de uso exclusivo de cada profesional (uno para un médico y otro para enfermeras) con baños.
A	A.7; A.8; A.9; A.10 A.11; A.12; A.13; A.14; A.15; A.16; A.18; A.19; A.20; A.21; A.22; A.23.	Considere estos entornos con respecto a su existencia en la UBS de forma aislada, si se comparten, considere solo una actividad. Ejemplo: Sala que realiza varios trámites (vendajes, colección de exámenes; observación u otros), marca sí para una actividad y aula ausente para las demás (no), porque las salas deben ser exclusivas.

A	A.17	Si el equipo no tiene salud oral en el sitio, la marca no se aplica.
B	B.1; B2	Consulte los informes de SISAB para confirmar el número de familias/personas registradas por equipo evaluado. Evaluar el CNES para información de profesionales y carga de trabajo registrada de servicio para el equipo evaluado.
B	B.3	Consulte la lista adjunta (Anexo A) con la lista de servicios disponibles en APS.
B	B.4	Verifique si hay en la UBS, registro documentado (libro de actas o documento formal de la coordinación de APS local, análisis a demanda de áreas cubiertas en el municipio).
B	B.5	Observe si hay un mapa del territorio publicado en un lugar visible en la UBS.
B	B.6	Compruebe si hay algún buzón de sugerencias, quejas o cualquier forma de registro de satisfacción en la UBS que pueda ser utilizado por los usuarios para exponer sus percepciones sobre el servicio, en la ubicación evaluada.
C	C.1; C.2; C.3	Verifique si la UBS tiene programación programada o disponibilidad para abrir la UBS en horarios especiales de acuerdo con las demandas de la comunidad.
D	D.1; D.2; D.3; D.4 D.5; D.6; D.7; D.9	La información de estos ítems se recoge a través de la observación rutinaria de la UBS o la programación de actividades establecidas para el período.
D	D.8	Verifique si hay uso en la UBS de historias clínicas electrónicas del ciudadano (PEC), con computadora e internet disponibles, que permiten el registro de las actividades del equipo o el uso de formularios de atención e-SUS AB, si el sitio no está informatizado.

E	E.1	Comprobar la presencia de protocolos clínicos (libros impresos o archivos informáticos) de fácil manejo, conocimiento y acceso a los profesionales del equipo.
E	E.2	Verificar si la UBS ha establecido un diagrama de flujo y de conocimiento de los profesionales de la UBS.
E	E.3	Verifique si el equipo tiene un diagrama de flujo determinado y formalizado para la referencia de casos no resueltos a especialistas.
E	E.4; E.5; E.6; E.7	Identificar por observación directa la presencia o no de estos ítems en el sitio evaluado.
E	E.8	Verifique si el sitio tiene acceso o utiliza el "telesalud".
F	F.1	Verificar si los profesionales (médico/enfermera) tienen conocimientos y aplican protocolos o guías clínicas en la atención.
F	F.2	Verificar si el equipo lleva a cabo un plan de acción junto con otros trabajadores de la UBS. Verifique el registro de los objetivos establecidos en las reuniones.
F	F.3; F.4; F.5	Consulte esta información directamente con todos los trabajadores de la UBS.
F	F.6	Comprobar si existe un libro o dispositivo para el registro de los usuarios que esperan el atendimento (lista de espera).
F	F.7	Verifique si hay registro de reuniones / capacitación en el período, con discusión de indicadores del área.
F	F.8	Detectar por observación la presencia o no del ítem.
F	F.9	Este ítem se verifica directamente con el enfermero y el médico de la UBS.
F	F.10	Observe la presencia o no del ítem.

F	F.11	Verificar si hubo falta de materiales, medicamentos o incumplimiento de procedimientos debido a la falta de material en el período evaluado. Recopile el informe de los trabajadores sobre este artículo.
F	F.12	Observar si existe un profesional y lugar en la UBS para la recogida de exámenes.
G	G.1	Comprobar registro de reuniones mensuales con el equipo (agenda de reuniones / actividad) y firma de los participantes.
G	G.2	Observe el ítem en el sitio con los trabajadores.
H	H.1	Comprobar si hay servicio de demanda espontánea en el mismo día.
H	H.2	Compruebe si hay un diagrama de flujo específico para referencia a otros servicios.
H	H.3	Verifique el registro de actividades planificadas con el NASF.
H	H.4	Consultar informes colectivos de actividad (SISAB) en el periodo evaluado.
I	I.1	<p>Para verificar este ítem, se procede al uso de la fórmula de resolutivez cuantitativa (formulario de cálculo disponible en el APÉNDICE A), considerando como solicitado el cuidado individual de un médico, enfermero y técnico de enfermería, cuyos datos son retirados a través del SISAB al final del período evaluado, con los siguientes filtros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de equipo: Equipo de salud de la familia (ESF); ✓ Categoría profesional: Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería; ✓ Género: seleccionar todo; ✓ Grupo de edad: ignorar ✓ Lugar de atendimento: UBS; ✓ Tipo de servicio: Seleccionar todo;

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de producción: atendimento individual; ✓ Local: UBS; ✓ Competencia: Seleccione el mes elegido para la evaluación. ✓ Lactancia materna: seleccionar todas (porque la atención incluye a los niños); ✓ Problema/condición clasificada: seleccionar todo; ✓ Conducta: Seleccione todo. <p style="text-align: center;">Observaciones:</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Considere el número total de atendimientos y procedimientos individuales realizados, no incluya las visitas domiciliarias en la selección. Realizar la suma de procedimientos y trámites individuales (este será el valor total considerado para el cálculo). ✓ Para conocer el número de solicitudes rechazadas, ya que no existe un formulario oficial de registro para la atención no cumplida, utilice su propio formulario de registro disponible en el instrumento, que debe ofrecerse al inicio de la evaluación al profesional responsable de recibir a los usuarios, quien debe ser instruido sobre cómo completarlo durante el período de evaluación.

J	J.1	Para realizar el cálculo de este elemento, utilice la fórmula disponible en el APÉNDICE A para la resolutivead cualitativa. Considere solo el cuidado individual del médico y la enfermera, ya que, dependiendo del lugar encuestado, las referencias a especialistas solo pueden ser realizadas por profesionales con educación superior. Insertar todos los casos que fueron referidos para atención con un especialista en el período evaluado.
----------	------------	--

APÉNDICE C – INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO DE LA DEMANDA REPRIMIDA EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO DE LA DEMANDA REPRIMIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE LA DEMANDA REPRIMIDA

- ✓ Registrar solamente las **SOLICITUDES NO ATENDIDAS EN EL DÍA**, de los usuarios que solicitaron asistencia en la unidad básica de salud (UBS), en el período evaluado;
- ✓ Este instrumento debe estar disponible en la recepción, sala de vacunación, farmacia y consultorios de UBS.

Fecha: _____;

UBS evaluada: _____;

Responsable del registro: _____

Identificación de las solicitudes realizadas en la UBS

Nombre de usuario/tarjeta SUS: _____

Servicio solicitado: (Principales ejemplos de servicios solicitados)

- () Consulta médica () Apósitos
- () Consulta de Enfermería () Búsqueda de medicamentos
- () Vacunas () Realización de pruebas rápidas
- () Solicitar referencia () Realización de procedimientos
- () Urgencia/emergencia () Tratamiento dental
- () Otro: ¿qué? _____

Motivo de la no asistencia: (Principales motivos de no asistencia. inscribese si hay otros)

- () No hay vacante para asistencia en el día para consulta médica o de enfermería;
- () No hay material para realizar el procedimiento solicitado (Vacuna; inyección; vendaje; medicamentos);
- () Falta de pruebas rápidas o profesionales para realizar el procedimiento;
- () Falta de profesionales para la atención;
- () El usuario no recibió referencia a un especialista porque no había vacante para la evaluación con un médico o enfermera;
- () No hay vacante para consulta dental;
- () Otra razón: ¿Cuál? _____

¿Qué orientación se ha proporcionado?

- () El usuario recibió instrucciones de regresar otro día;
- () El usuario fue programado para el servicio otro día;
- () El usuario fue indicado para buscar otro servicio de atención (UPA, sala de emergencias, privada u otros);
- () Otros: ¿Cuál? _____

APÉNDICE D - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO DE LA RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGÚN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA (FSE) - PARA EVALUACIÓN Y DICTAMEN DE LOS JUECES SELECCIONADOS.

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS JUECES SELECCIONADOS

Estimado evaluador, después de leer y analizar el objetivo del estudio, los conceptos involucrados, la pregunta evaluativa y las instrucciones generales, marque con una X su opinión sobre los ítems analizados utilizando la siguiente escala de concordancia:

- 1= inadecuado;
- 2= parcialmente adecuado;
- 3= adecuado;
- 4= totalmente adecuado.

- **Objetivo de la investigación:** Evaluar la Atención Primaria de Salud (APS), a través de los servicios ofrecidos por la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en cuanto a su grado de resolutivead, proporcionada a través de la ORDENANZA n° 2.436, DE 21 DE SEPTIEMBRE DE 2017, de la política nacional de atención básica (PNAB), a través de un instrumento de evaluación construido para este fin, en formato de *lista de verificación (checklist)*.
- **Concepto sobre el instrumento (resolutivead en la atención primaria):** La resolución evaluada es considerada como la capacidad del servicio para identificar, acoger e intervenir en los riesgos, necesidades y demandas de salud de la población, alcanzando la solución de problemas de salud de los usuarios atendidos por la estrategia salud de la familia (ESF), que alcanza el mínimo del 80% de todas las demandas que llegan a la Unidad de Salud de la Familia (USF/UBS).

- **Pregunta evaluativa:** ¿El instrumento propuesto, en formato de *lista de verificación*, tiene contenido, apariencia y confiabilidad adecuados para evaluar el grado de resolución de la APS a través del desempeño de la ESF?

PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - IAR-APS

INSTRUCCIONES PARA EL ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

Para realizar la evaluación del contenido del instrumento denominado "**Instrumento para la evaluación de la resolutivead de la atención primaria de salud**" (IAR- APS), tenga en cuenta el concepto indicado sobre la resolutivead y marque su opinión. La evaluación del instrumento involucra 2 fases: 1) evaluación de los dominios y 2) evaluación de los ítems.

- 1. Evaluación de los dominios:** Le pedimos que primero evalúe los dominios. Asegúrese de que la estructura del dominio y su contenido sean correctos, que el contenido insertado en el dominio sea representativo y que sea apropiado para los encuestados. Por lo tanto, considere el concepto de alcance como se describe a continuación en su evaluación:
 - **Alcance:** Verifique que cada dominio o concepto haya sido cubierto adecuadamente por el conjunto de elementos. Durante esta fase, puede sugerir agregar o eliminar elementos en dominios y opinar si los elementos pertenecen realmente al dominio correspondiente.
- 2. Evaluación de los ítems:** En la segunda etapa, le pedimos que evalúe cada ítem por separado, considerando los conceptos de claridad y pertinencia/representatividad descritos:
 - **Claridad:** evaluar la redacción de los ítems, es decir, verificar que han sido escritos de tal manera que el concepto sea comprensible y exprese adecuadamente lo que se espera medir;
 - **Pertinencia o representatividad:** anotar si los ítems reflejan realmente los conceptos involucrados, si son relevantes y, si son adecuados para alcanzar los objetivos propuestos.

Utilice la escala de concordancia para evaluar estos criterios marcando una X en el campo correspondiente. Debajo de cada escala, hay espacios para que escriba sugerencias

para mejorar el ítem, sugiera la inclusión y / o eliminación de ítems, o haga comentarios. Además, puede ver el instrumento como un todo en ANEXO.

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y APARIENCIA DEL CONTENIDO

1º paso - Evaluación del dominio (especificación del dominio): Evalúe si cada dominio del instrumento representa el concepto de resolutivez y si ha sido cubierto adecuadamente por el conjunto de elementos.

2º paso - Evaluación de ítems: Evalúe el conjunto de ítems en cuanto a claridad (redacción de los ítems, si fueron escritos de tal manera que el concepto sea comprensible y exprese adecuadamente lo que se espera medir) y representatividad (observe si los ítems realmente reflejan los conceptos involucrados, si son relevantes y, si son apropiados para alcanzar los objetivos propuestos).

DOMINIO A: (INFRAESTRUCTURA DE LA UBS).

Se trata de la estructura física de la UBS, si dispone de los recursos necesarios para el acceso, recepción y servicio del usuario que busca el servicio.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio representa el concepto de resolutivez propuesto?	1	2	3	4
¿El dominio es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio A (infraestructura)? ¿Sí o no?

ÍTEMS DEL DOMINIO A (INFRAESTRUCTURA)

A.1 ¿Existe una lista en la UBS que identifique los servicios ofrecidos?
A.2 ¿Existe una lista visible en la UBS para los usuarios con escala de servicio de los profesionales de UBS?
A.3 ¿Existe un aviso en la UBS sobre los horarios de funcionamiento?
A.4 ¿La UBS dispone de señales de flujo y confort térmico o acústico?
A.5 ¿La UBS está adaptada para personas con discapacidad física?
A.6 ¿Hay consultorio médico y de enfermería con baño?
A.7 ¿Hay una sala de procedimientos exclusiva?
A.8 ¿Hay una sala de vacunación?
A.9 ¿Hay un área de asistencia farmacéutica?
A.10 ¿Existe una sala colectiva de inhalación?
A.11 ¿Hay una sala de recogida de exámenes?
A.12 ¿Hay una sala para vendajes?
A.13 ¿Existe un sitio de purga?
A.14 ¿Existe una sala de esterilización de materiales?
A.15 ¿Existe una sala de observación?
A.16 ¿Hay una sala para reuniones de equipo o actividades colectivas?
A.17 ¿Hay un consultorio dental? Si no lo tiene, marque NA.
A.18 ¿Hay una zona de recepción?
A.19 ¿Hay lugar para archivos y registros?
A.20 ¿Existe una sala multiprofesional para acoger la demanda espontánea?
A.21 ¿Existe una sala de gestión en la UBS?
A.22 ¿Hay un baño exclusivo para el público?
A.23 ¿Existe un baño exclusivo para los empleados de la UBS?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio A (A.1 a A.23) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (A.1 a A.23) representan el dominio A?	1	2	3	4

¿Los ítems presentados (A.1 a A.23) son comprensibles?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (les)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO B: (CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO Y EQUIPO)

Relacionado con la capacidad asistencial del equipo de salud de la familia de acuerdo con las demandas del territorio.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio B representa el concepto de resolutividad?	1	2	3	4
¿El dominio B es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio B (Territorio y características del equipo)? ¿Sí o No?

ÍTEMS DEL DOMINIO B (Características del territorio y del equipo)

B.1 ¿Carga de trabajo semanal de 40 horas del equipo durante todo el año?
B.2 ¿Tiene población registrada dentro del límite de 2.000 a 3.500 personas por equipo?
B.3 ¿Es compatible el alcance de los servicios ofrecidos (esenciales o ampliados de UBS) con la demanda en el período evaluado? Lista de verificación de los servicios adjuntos. Si hubo una falta de al menos 1 servicio en el período, considere NO.
B.4 ¿Dispone la UBS de un informe de análisis de demanda del territorio para la oferta de servicios de la UBS, realizado por la gestión Municipal?
B.5 ¿La UBS tiene un mapa del territorio con una clasificación visible de área de riesgo?
B.6 ¿Existe un monitoreo de la satisfacción de los usuarios en la UBS? (Libro, caja de sugerencias, medio electrónico, etc.)

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio B (B.1 a B.6) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems mostrados (B.1 a B.6) representan el dominio B?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (B.1 a B.6) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún ítem? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO C: (ACCESIBILIDAD)

Capacidad o formas del equipo de salud de la familia para recibir a todas las personas de su territorio de referencia, universalmente y sin exclusiones.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio C representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio C es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio C (Accesibilidad)? ¿Sí o no?

ÍTEMES DEL DOMINIO C (ACCESIBILIDAD)

C.1 ¿Hay diferentes horarios de atención por parte del equipo (sábado u horario ampliado)?				
C.2 ¿Tiene alguna manera de programar consulta por cita previa, teléfono, correo electrónico o de otra manera?				
C.3 ¿La UBS abre durante las horas de almuerzo?				
Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado

¿Los ítems del dominio C (C.1 a C.3) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los elementos presentados (C.1 a C.3) representan el dominio C?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (C.1 a C.3) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún ítem? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO D: (ACOGIDA)

Capacidad de escucha calificada; Recepción del usuario al servicio con evaluación de riesgos y vulnerabilidades en atención primaria, lo que implica acoger con clasificación de riesgos y estratificación de riesgos.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio D representa el concepto de resolución?	1	2	3	4
¿El dominio D es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio D (Acogida)? ¿Sí o No?

ÍTEMS DEL DOMINIO D (ACOGIDA)

D.1 ¿El equipo atiende a todas las personas que llegan a UBS, independientemente de si está registrado o no? (no solo ciertos grupos de población, o situaciones más prevalentes y/o fragmentadas por ciclo de vida).
D.2 ¿Hay un servicio de demanda diaria programada y espontánea simultáneamente?
D.3 ¿Hay alguna manera de que el equipo facilite el acceso a la atención, especialmente para aquellos que buscan la UBS fuera de las citas o actividades programadas?
D.4 ¿Existe un profesional específico responsable de acoger a los usuarios que buscan atención?
D.5 ¿Existe una evaluación del riesgo y la vulnerabilidad de las personas que buscan atención en la UBS?
D.6 ¿Existe una escucha cualificada comprometida con la evaluación del potencial de riesgo, agravamiento de la salud y grado de sufrimiento de los usuarios, considerando dimensiones de expresión (física, psíquica, social) y gravedad?
D.7 ¿Está organizado el proceso de trabajo del equipo para permitir que los casos urgentes/de emergencia tengan prioridad en la atención, independientemente del número de consultas programadas en el período?
D.8 ¿La información obtenida en la recepción con clasificación de riesgo se registra en las historias clínicas del ciudadano (física o preferiblemente electrónicas)?
D.9 ¿Hay realización de estratificación de riesgo, para a través de criterios clínicos, sociales, económicos, identificar subgrupos con condiciones de salud crónicas, basadas en directrices clínicas, para programar acciones de seguimiento?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
------------	------------	-----------------------	----------	---------------------

¿Los ítems del dominio D (D.1 a D.9) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (D.1 a D.9) representan el dominio D?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (D.1 a D.9) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO E: (COORDINACIÓN DEL CUIDADO)

Se trata de la elaboración, seguimiento y organización del flujo de usuarios entre los puntos de atención en las Redes de Atención a la Salud (RAS). Forma de referenciar los casos no resueltos en la UBS.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio E representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio E es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Se debe eliminar el dominio E (coordinación del cuidado)? ¿Sí o no?

ÍTEMS DEL DOMINIO E (COORDENAÇÃO DO CUIDADO)

E.1 ¿El equipo usa o tiene un protocolo de referencia de casos disponible?
E.2 ¿Existe una gestión de colas en la UBS para exámenes y/o consultas con especialistas?
E.3 ¿Considera que el equipo tiene las condiciones adecuadas para referenciar servicios especializados ambulatorias?
E.4 ¿El equipo puede ordenar el flujo de personas a los otros puntos de atención del RAS?
E.5 ¿Tiene el equipo algún mecanismo para gestionar la referencia y la contrarreferencia en otros puntos de atención?
E.6 ¿El equipo establece algún tipo de vínculo o relación con los especialistas que atienden a las personas en su territorio?
E.7 ¿Tiene la UBS un servicio de regulación?
E.8 ¿El equipo tiene apoyo matricial presencial o a distancia?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio E (E.1 a E.8) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (E.1 a E.8) representan el dominio E?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (E.1 a E.8) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar un elemento? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO F: (HERRAMIENTAS AMPLIADAS DE GESTIÓN CLÍNICA)

Se trata del conjunto de tecnologías de microgestión asistencial diseñadas para promover una atención sanitaria de calidad, tales como protocolos y guías clínicas, planes de acción, líneas de atención, proyectos terapéuticos singulares, genograma, ecomapa, gestión de listas de espera, auditoría clínica, indicadores asistenciales, entre otros.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio F representa el concepto de resolutividad?	1	2	3	4
¿El dominio F es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio F (Herramientas de Gestión de la Clínica Ampliada)? ¿Sí o No?

ÍTEMS DEL DOMINIO F (HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA)

F.1 ¿Existe el uso de protocolos clínicos específicos y guías de conocimiento del equipo de salud en la atención realizada?

F.2 ¿Hay uso de planes de acción en caso de necesidades específicas en el territorio?
F.3 ¿El equipo de salud tiene conocimiento y utiliza líneas de atención para sus acciones?
F.4 ¿Existe un uso de proyecto terapéutico singular por parte del equipo de salud?
F.5 ¿Existe utilización de genograma y/o ecomapa?
F.6 ¿Hay administración de listas de espera para la atención por el equipo de salud?
F.7 ¿El equipo utiliza con frecuencia indicadores de atención para evaluar los servicios ofrecidos?
F.8 El equipo tiene la provisión de apoyo diagnóstico de acceso inmediato en la UBS: como pruebas rápidas (HIV, SÍFILIS, EMBARAZO, etc.). En presencia de al menos 1, considere SÍ.
F.9 ¿El equipo adopta la terapia de tratamiento directamente observada para la tuberculosis u otras enfermedades?
F.10 ¿Existen otras tecnologías de soporte diagnóstico en la UBS? Por ejemplo, electrocardiograma u otro.
F.11 ¿No existe un período evaluado de disponibilidad completa de todos los recursos materiales para llevar a cabo los procedimientos?
F.12 ¿Existe en la propia UBS una colección de exámenes para patología clínica?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio F (F.1 a F.12) cubre correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (F.1 a F.12) representan el dominio F?	1	2	3	4
¿Los ítems (F.1 a F.12) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún ítem? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO G: (PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE)

La Educación Permanente en Salud (EPS) es considerada el aprendizaje que se desarrolla en el trabajo, donde el aprendizaje y la enseñanza se incorporan a la vida cotidiana de las organizaciones y el trabajo, basado en el aprendizaje significativo y la posibilidad de transformar las prácticas de los trabajadores de la salud. También involucra educación en salud, desarrollada a través de la relación entre trabajadores de la APS en el territorio (pasantías y residencias de pregrado, proyectos de investigación y extensión, entre otros), capaces de calificar la atención a las comunidades.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio G representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio G es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio G (Procesos de Educación Permanente)? ¿Sí o no?

ÍTEMS DEL DOMÍNIO G (PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE)

G.1 ¿Hay acciones de educación permanente periódicas y regulares en el equipo, con un mínimo de 1 actividad mensual?
G.2 ¿El equipo tiene acceso/utiliza en su UBS al “telesalud”?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio G (G.1 a G.2) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (G.1 a G.2) representan el dominio G?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (G.1 a G.2) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO H: (ATENCIÓN INTEGRAL)

Promover la atención integral, continua y organizada a la población inscrita, basada en las necesidades sociales y sanitarias, mediante el establecimiento de acciones de continuidad informativa, interpersonal y longitudinal con la población.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio H representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio H es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio H (atención integral)? ¿Sí o No?

ÍTEMS DEL DOMINIO H (ATENCIÓN INTEGRAL)

H.1 ¿Existe una lista de espera en la UBS para atender las demandas que surjan el mismo día?
H.2 ¿Utiliza la UBS algún mecanismo que garantice la referencia (en casos no resueltos en la UBS) a otros servicios el mismo día?
H.3 ¿El equipo organiza asistencia multiprofesional en casos requeridos con el NASF?
H.4 ¿El equipo realiza actividades de educación para la salud en la propia UBS y fuera de ella (guarderías, escuelas, iglesia, asociaciones, etc.) al menos una vez al mes?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Los ítems del dominio H (H.1 a H.4) cubren correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿Los ítems mostrados (H.1 a H.4) representan el dominio H?	1	2	3	4
¿Los ítems presentados (H.1 a H.4) son comprensibles?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO I: (RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA)

Esta dimensión evalúa la capacidad de resolución de problemas en su aspecto cuantitativo, representada por la capacidad que tiene la Estrategia Salud de la Familia para atender a quienes solicitan atención en la UBS. Depende del volumen de recursos disponibles (profesionales; carga de trabajo del servicio, infraestructura, alcance de los servicios disponibles, etc.). Evaluado por la tasa de demanda reprimida.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio I representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio I es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio I (resolutivez cuantitativa)? ¿Sí o No?

ÍTEMS DEL DOMINIO I (RESOLUTIVIDAD CUANTITATIVA)

I.1 Calcular la resolutivez cuantitativa en el período evaluado utilizando el cálculo: número de solicitudes atendidas en el UBS/número de solicitudes respondidas + número de solicitudes rechazadas. ¿El resultado fue igual o superior a 0,80?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
-------------------	-------------------	------------------------------	-----------------	----------------------------

¿El ítem del dominio I (I.1) cubre correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿El ítem presentado (I.1) representa el dominio I?	1	2	3	4
¿El ítem presentado (I.1) es comprensible?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Se debe insertar algún ítem? Sí o NO, en caso afirmativo, ¿cuál?

DOMINIO J: (RESOLUTIVIDAD CUALITATIVA)

Esta dimensión evalúa la resolución cualitativa, que se refiere a la capacidad de la Estrategia Salud de la Familia para satisfacer las demandas específicas de los usuarios, relacionadas con el grado de formación de los profesionales y la complejidad de los servicios de apoyo diagnóstico y recursos terapéuticos para el tratamiento de los casos. Evaluado por el número de referencias a especialidades.

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El contenido del dominio J representa el concepto de resolutivez?	1	2	3	4
¿El dominio J es representativo?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse el dominio J (resolutividad cualitativa)? ¿Sí o No?

ÍTEM DEL DOMINIO J

J.1 Calcular el número de referencias realizadas a especialistas en el periodo. ¿La tasa fue inferior al 20%?

Evaluación	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿El ítem del dominio J (J.1) cubre correctamente este dominio?	1	2	3	4
¿El ítem presentado (J.1) representa el dominio J?	1	2	3	4
¿El ítem presentado (J.1) es comprensible?	1	2	3	4

Comentarios/sugerencias:

¿Debería eliminarse algún elemento? SÍ o NO, en caso afirmativo, ¿que cuál (es)?

¿Se debe insertar un elemento? SÍ o NO, si es así, ¿cuál?

VALIDACIÓN DE APARIENCIA

Evaluar el instrumento propuesto para los objetivos del instrumento, estructura, presentación y relevancia.

OBJETIVOS: Se refieren a los propósitos, metas o intenciones que se desean lograr

con el uso del instrumento.

Ítems para evaluar	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
¿Son coherentes los objetivos del instrumento para evaluar el grado de resolución en la APS?	1	2	3	4
¿El instrumento facilita a los equipos y gerentes conocer el grado de capacidad de resolución de problemas de su asistencia en el lugar evaluado?	1	2	3	4
¿Puede ser utilizado por investigadores del área?	1	2	3	4
¿Es posible ser utilizado para la planificación de acciones y servicios ofrecidos por los equipos de APS?	1	2	3	4
¿Puede permitir la toma de decisiones por parte de los equipos y gerentes de APS?	1	2	3	4
¿Cumple con el objetivo de evaluar el grado de resolución de la APS?	1	2	3	4

ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN: Se refiere a la forma de presentar la información del instrumento propuesto. Esto incluye su organización general, estructura, estrategia de presentación, coherencia y formato.

Ítems para evaluar	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
--------------------	------------	-----------------------	----------	---------------------

¿Es el instrumento adecuado para evaluar el grado de resolución de la APS?	1	2	3	4
¿La información del instrumento se presenta de manera clara y objetiva?	1	2	3	4
¿La información presentada es científicamente correcta?	1	2	3	4
¿El instrumento presenta una secuencia lógica de evaluación?	1	2	3	4
¿Es la información apropiada en concordancia y ortografía?	1	2	3	4
¿Es apropiado el título?	1	2	3	4
¿El instrumento es fácil de leer y entender?	1	2	3	4
¿Es adecuada la forma en que se calculan las puntuaciones del instrumento?	1	2	3	4
¿Es adecuada la disponibilidad de un manual de orientación para el uso del instrumento?	1	2	3	4

RELEVANCIA: Se refiere a la característica que evalúa el grado de significado del instrumento de evaluación presentado.

Ítems para evaluar	Inadecuado	Parcialmente adecuado	Adecuado	Totalmente adecuado
--------------------	------------	-----------------------	----------	---------------------

¿Es relevante el instrumento para la evaluación del grado de resolución de la APS?	1	2	3	4
¿Es relevante el instrumento como herramienta para planificar las acciones ofrecidas por los equipos de salud de la APS?	1	2	3	4
¿El instrumento contiene dimensiones y ítems significativos para evaluar el grado de resolutividad de la APS?	1	2	3	4

CON EL FIN DE MEJORAR EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PROPUESTO, HACER SUGERENCIAS SI ES NECESARIO.

APÉNDICE E - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO – (FCLA) - INVITACIÓN A LOS JUECES EXPERTOS - VERSIÓN EN LÍNEA

Usted está siendo invitado a participar en la investigación titulada: "**Atención Primaria de Salud (APS): construcción y validación de un instrumento para evaluar la resolutivez a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF)**", que fue aprobada por el sistema CEP/CONEP - Comité de Ética en Investigación y la Comisión Nacional de Ética en Investigación por la plataforma Brasil, a través del dictamen nº (CAAE 37064920.3.0000.8707). Esta investigación está a cargo de la investigadora Renata de Cássia Coelho Pires, con la orientación del profesor Dr. Francícero Rocha Lopes.

El objetivo general de esta investigación es construir y validar un instrumento, en forma de *lista de verificación*, para la evaluación del grado de resolución de la Atención Primaria de Salud (APS), a través del desempeño de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) para uso de profesionales de la salud, gestores e investigadores del área.

Estás siendo invitado por ser considerado un experto en el área de conocimiento objetivo del instrumento (Atención Primaria de Salud), que requiere ser validado. El tipo de evaluación a realizar por el señor (a) será la validación de contenido, o validación de opinión, y la apariencia, que tiene como objetivo determinar si los dominios y ítems estructurados en el instrumento representan el constructo teórico abordado y, si son capaces de medir el grado de resolución de los servicios prestados por la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). El instrumento está estructurado en 10 dimensiones y 65 ítems, desarrollados a partir de las características de resolución previstas en la Política Nacional de Atención Primaria (2017). Por lo tanto, debe registrar su opinión sobre cada dominio y ítem presentado, con respecto a su aspecto de alcance, claridad y representatividad. Por lo tanto, debe marcar una única alternativa, según su opinión, a través de las opciones de respuesta de la escala Likert de 04 puntos, donde: 1 = Inadecuado; 2 = Parcialmente adecuado; 3 = Adecuado; y 4 = Totalmente adecuado. También habrá un espacio en blanco disponible al final de cada ítem para que pueda registrar sugerencias y críticas si lo considera necesario. El tiempo medio de evaluación es de 01 hora, con un tiempo de retorno establecido de 15 días.

Su participación en esta investigación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin ninguna pérdida financiera o legal. Se garantiza el anonimato de su participación, con respecto a los aspectos éticos de confidencialidad de la información proporcionada. No se le ofrecerá ningún tipo de premio o bonificación por su colaboración, ya que se le está invitando voluntariamente a contribuir a la consecución de los objetivos de este trabajo. Los beneficios de la investigación consisten en proporcionar un instrumento para evaluar el grado de resolución de los servicios ofrecidos en Atención Primaria que

pueda ser utilizado por profesionales de la salud, gestores y otros investigadores para identificar la calidad de la atención ofrecida, lo que permite su planificación y logro de la resolutivez recomendada.

No se esperan daños físicos, morales, psicológicos y sociales al participar en esta investigación. Para evitar cualquier tipo de lesión, la investigadora estará disponible para aclarar sus dudas. Con su consentimiento para contribuir a esta investigación, recibirá una copia de este documento en su correo electrónico como apoyo ético para su participación. Si necesita más información puede contactar con la responsable de la investigación: Renata de Cássia Coelho Pires, Teléfono: (99) 98104-0059 y e-mail: renatacoelhopires@hotmail.com. Si lo desea, también puede ponerse en contacto con el Comité de Ética e Investigación de la Unidad de Educación Superior Don Bosco (UNDB). Dirección: Av. Colares Moreira, nº443, Edificio Central, Planta Baja, Sala Código Postal. Barrio: Renacentista. UF: MA. Municipio: São Luís. Código Postal: 65.075-441. Teléfono: (98) 4009-7070. Correo electrónico: cep@undb.edu.br. Gracias de antemano por su atención y estoy disponible para cualquier aclaración.

He sido debidamente informado (a) y acepto participar en esta investigación. También declaro que he recibido una copia de este documento. Sé que puedo dejar de participar y rendirme en cualquier momento. Sé que no gastaré ni recibiré nada por mi participación. También sé que mi nombre no aparecerá en ningún documento de estudio. Es por eso por lo que acepto ser voluntario.

Caracterización de los expertos - Jueces

- 1) Nombre:

- 2) Género: () Masculino () Femenino
- 3) Edad: _____
- 4) Graduación: _____
- 5) ¿Tiempo de graduación?
- 6) ¿Cuál es tu práctica profesional en este momento? () Profesor académico;
() Gerente de Atención Primaria; () Profesional de la Estrategia de Salud de
la Familia; () Otro
- 7) Tiempo de actuación en la APS: () 2 a 5 años; () 5 a 10 años () Más de 10
años.
- 8) Titulación máxima: () Sólo graduación () Especialización; () Maestría; ()
Doctorado; () Post-doctorado.
- 9) ¿Publicación de investigaciones sobre el tema de la APS? () SÍ () NO
- 10) Usted ha ministrado o ministra disciplinas relacionadas con la Atención
Primaria de Salud () SÍ () NO.
- 11) ¿Alguna vez ha actuado en la APS? () NO () SÍ, menos de 1 año; () SÍ, de 1
a 3 años; () SÍ, de 3 a 5 años; () SÍ, más de 5 años.

APÉNDICE F - TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO – PARA LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Estimado (a) Sr. (a) Profesional de atención primaria de salud.

Mi nombre es RENATA DE CÁSSIA COELHO PIRES, soy enfermera y estudiante de doctorado del Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina. Actualmente estoy desarrollando la investigación de mi tesis doctoral que aborda el tema "**Atención Primaria de Salud (APS): construcción y validación de un instrumento para evaluar la resolución a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF)**". Bajo la dirección del Prof. Dr. Francícero Rocha Lopes. El objetivo principal de este estudio es construir y validar un instrumento, en forma de lista de verificación, para la evaluación del grado de resolutivez de la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) para uso de profesionales de la salud, gestores e investigadores del área.

Por esta razón los invito, como profesional involucrado en la Atención Primaria de Salud, a participar en la investigación. Su participación es muy importante para la realización de este trabajo y espero que pueda contribuir a la mejora de este, así como a la mejora de la atención ofrecida a las comunidades a través de la Atención Primaria de Salud, a través del desempeño de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Si acepta participar en la investigación, su contribución será para responder a un cuestionario de evaluación sobre su percepción sobre la aplicabilidad del instrumento construido en este estudio y sobre su grado de satisfacción con él. Sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial, es decir, en ningún momento se divulgará su nombre u otra información que permita su identificación. También informamos que esta investigación tiene riesgos mínimos, y están en la dimensión moral, de la vida cotidiana. Pero si hay algún problema o molestia, estos serán monitoreados por los investigadores que darán todo el apoyo y referencias necesarias para minimizarlos. Su participación es voluntaria y tiene todo el derecho de no aceptar participar o renunciar a continuar la investigación en cualquier momento sin cargo.

Planificamos todos los procedimientos de investigación con cuidado para que no represente ningún tipo de daño o molestia para usted, sin embargo, si no se siente a gusto, no está obligado (a) a responder ninguna de las preguntas formuladas en el cuestionario. Hacemos hincapié en que los resultados de la investigación están destinados a fines académicos y se garantizará la confidencialidad de su identidad. Si necesita más información puede contactar a la responsable de la investigación: Renata de Cássia Coelho Pires, Teléfono: (99) 98104-0059 y e-mail: renatacoelhopires@hotmail.com. Si lo desea, también puede ponerse en contacto con el Comité de Ética e Investigación de la Unidad de Educación

Superior Don Bosco (UNDB). Dirección: Av. Colares Moreira, nº443, Edificio Central, Planta Baja, Sala Código Postal. Barrio: Renacentista. UF: MA. Municipio: São Luís. Código Postal: 65.075-441. Teléfono: (98) 4009-7070. Correo electrónico: cep@undb.edu.br. Le agradezco de antemano su atención y me pongo a disposición para cualquier aclaración.

He sido debidamente informado (a) y acepto participar en esta investigación. También declaro que he recibido una copia de este documento. Sé que puedo dejar de participar y rendirme en cualquier momento. Sé que no gastaré ni recibiré nada por mi participación. También sé que mi nombre no aparecerá en ningún documento de estudio. Es por eso por lo que acepto ser voluntario.

APÉNDICE G - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN / MONITOREO DE LA RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGÚN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA (FSE) - PARA EVALUACIÓN Y OPINIÓN DE PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA APS.

IAR - APS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SAÚDE - CHECKLIST
------------------	---

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA APLICABILIDAD DEL INSTRUMENTO IAR-APS POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INSTRUCCIONES

Estimado profesional de atención primaria. Con el fin de evaluar la aplicabilidad del Instrumento de "Evaluación del grado de resolutivez de la Atención Primaria de Salud (IAR-APS)", desarrollado por Renata de Cássia Coêlho Pires, durante su doctorado en salud pública, de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina, bajo la guía del Prof. Dr. Francícero Rocha Lopes, le pedimos que lea detenidamente el Instrumento para la Evaluación del Grado de Resolución de la Atención Primaria de Salud - IAR-APS, que se pone a disposición a través del enlace proporcionado, y luego, emitir su opinión sobre su percepción del instrumento propuesto, marcando la opción correspondiente, de acuerdo con la escala de acuerdo en cada declaración, de acuerdo con el siguiente valor:

1 = No estoy de acuerdo; 2 = parcialmente de acuerdo; 3 = de acuerdo; 4 = totalmente de acuerdo. Si selecciona las opciones 1 y 2, describa por qué consideró esta opción en el espacio destinado al final de la pregunta.

Atributo para evaluar	1. <u>Funcionalidad:</u> Se refiere al grado en que el instrumento satisface las necesidades de adecuación, precisión e	Pregunta clave	Parecer

	interoperabilidad.		
Subcategoría del atributo	1.1 Adecuación: Adecuación del instrumento a la evaluación de tareas y características específicas;	1.1.1 El instrumento cumple con la aplicación de evaluación del grado de resolución de la APS por el desempeño de la ESF.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
	1.2 Precisión: Se refiere a la capacidad del instrumento para favorecer el registro de datos de forma correcta y precisa, facilitando la valoración del grado de resolutivez de la atención primaria;	1.2.1 El instrumento permite evaluar correctamente el grado de resolutivez facilitando la planificación de las acciones de salud.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:			
1.2.2 El instrumento es preciso para evaluar el grado de resolutivez de la APS cuando se aplica en la UBS.		1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.	

		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
	1.3 Interoperabilidad: Se refiere a la interacción de los datos del instrumento con otros formularios de registro.	1.3.1 Existe interacción entre los datos del instrumento con otros dispositivos de registro de la APS, como el informe del Sistema de Información de Atención Básica (SISAB).	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
Atributo para evaluar	2. Usabilidad: Este es el grado de facilidad de uso del instrumento como lo indican los atributos de inteligibilidad, aprensibilidad (facilidad de aprendizaje) y operatividad.	Pregunta clave	Parecer
Subcategoría del atributo	2.1 Inteligibilidad: Corresponde al esfuerzo del profesional que realizará la evaluación para comprender los conceptos contenidos en el instrumento (si es fácil de entender).	2.1.1 Es fácil comprender los conceptos de verificación presentes en los ítems del instrumento.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente

			de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
		2.1.2 Es fácil verificar la información que debe ser verificada por los ítems del instrumento.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
	2.2 Aprensibilidad: Se refiere a la facilidad de aprendizaje del uso y verificación de datos en el instrumento.	2.2.1 El instrumento parece ser fácil de aprender a utilizar.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
		2.2.2 El instrumento puede facilitar el registro de datos verificados por el formato de <i>lista de verificación</i> .	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente

			de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
		2.2.3 A partir del instrumento, puede ser más fácil y posible obtener datos para evaluar el grado de resolutivez de la APS en la UBS investigada.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	
	2.3 Operatividad: Facilidad de comprensión y manejo de la cumplimentación y registro de los datos de verificación del instrumento.	2.3.1 Es fácil utilizar el instrumento y controlar su terminación.	1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.
		Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:	

		<p>2.3.2 Los datos de verificación del instrumento se presentan de forma clara y objetiva.</p>	<p>1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.</p>
		<p>Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:</p>	
Atributo para evaluar	<p>3. Eficiencia: Es el grado en que el instrumento hace un uso optimizado de los recursos disponibles. Se evalúa mediante los subatributos de tiempo y recurso.</p>	Pregunta clave	Parecer
Subcategoría del atributo	<p>3.1 Tiempo: adecuación del tiempo de llenado del instrumento.</p>	<p>3.1.1 Disponer de unos 60 minutos para la aplicación del instrumento de evaluación se considera un tiempo adecuado.</p>	<p>1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.</p>
		<p>Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:</p>	

	<p>3.2 Recursos: Se refiere a los recursos utilizados en el instrumento, donde, entendiéndose como recursos, los datos (dominios y ítems) puestos a disposición en el instrumento.</p>	<p>3.2.1 Los recursos disponibles en el instrumento son adecuados para la evaluación de la resolutivead en atención primaria.</p>	<p>1 - No estoy de acuerdo; 2 - Parcialmente de acuerdo; 3 - Estoy de acuerdo; 4 - Totalmente de acuerdo.</p>
		<p>Si marca 1 o 2, escriba el motivo de la elección:</p>	

En cuanto al grado de satisfacción con el instrumento.

1) ¿Cómo evalúa su grado de satisfacción con el instrumento visualizado?

() No satisfecho () Poco satisfecho () Satisfecho () Muy satisfecho

2) ¿Utilizaría el instrumento en algún momento para planificar acciones de salud con los equipos de salud de la familia?

() Sí

() No

Si lo desea, haga un comentario o sugerencia sobre el instrumento propuesto.

ANEXO A - CARTERA DE SERVIÇOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL.

Ministério da Saúde - Brasil

CARTEIRA DE SERVIÇOS - ABRANGÊNCIA DO CUIDADO

As pessoas no centro do cuidado em saúde

A seguir é definido o leque de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. São as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: "Vigilância em Saúde", "Promoção à Saúde", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente", "Procedimentos na APS" e "Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal".

A tabela completa dos serviços oferece orientações complementares sobre o tópico abordado, incluindo algumas recomendações e referências para consulta, bem como a lista de insumos necessários para a oferta do determinado serviço. Em "Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso" temos uma subdivisão em cuidados e atenção à saúde da mulher; cuidados e atenção à saúde do idoso e atenção e cuidados clínicos em saúde do adulto e do idoso. Na seção sobre "Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal" são listados os insumos necessários por tipo de procedimento: promoção de saúde/estratégias preventivas, dentística, periodontia, endodontia, cirurgia e imagiologia.

O gestor municipal poderá adequar (acrescentando, retirando ou reformulando) itens, materiais e insumos de acordo com as necessidades e condições locais, e adaptar a oferta nacional para a realidade do município.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE	
Vigilância em Saúde	
1	Análise epidemiológica da situação de saúde local.
2	Discussão e acompanhamento dos casos de violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em parceria com outros setores.
3	Emissão de atestados médicos e laudos, incluindo declaração de óbito, quando solicitados e indicados.
4	Identificar e acompanhar adultos, idosos, crianças e adolescentes inscritos no Programa Bolsa Família ou outros programas de assistência social ou benefícios sociais.
5	Identificar, mapear e adotar medidas, em seu território de atuação, com relação a prováveis áreas de risco relativos ao controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos, em conjunto com a vigilância em saúde.

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)

6	Imunização conforme Calendário Vacinal da criança e do adolescente, orientação aos pais ou responsáveis, avaliação e monitoramento da situação vacinal e busca ativa de faltosos.
7	Imunização conforme Calendário Vacinal do adulto e do idoso, atentando para situações de surtos de doenças imunopreveníveis e situações clínicas específicas.
8	Investigação de óbitos em mulheres em idade fértil em conjunto com a vigilância em saúde.
9	Investigação de óbitos infantis e fetais em conjunto com a vigilância em saúde.
10	Rastreamento e aconselhamento para uso abusivo de medicamentos e polifarmácia.
11	Notificação das doenças de notificação compulsória e ações de vigilância em saúde do adulto, do idoso, da criança e do adolescente em conjunto com os serviços de vigilância em saúde.
12	Vigilância do recém-nascido de risco/vulnerável tendo por base os registros e informes oferecidos pelas maternidades.
Promoção à Saúde	
13	Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança, de acordo com as diretrizes vigentes.
14	Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (pesar, medir e avaliar o desenvolvimento registrando na caderneta da criança).
15	Desenvolvimento de ações de promoção à saúde relacionadas ao reconhecimento étnico-racial, acolhimento e respeito à diversidade religiosa, acolhimento e respeito à diversidade sexual, estratégias que contribuam para a promoção da convivência pacífica e respeitosa e atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários.
16	Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, entre outros.
17	Oferta de práticas integrativas e complementares no cuidado integral do adulto, do idoso, da criança e do adolescente.
18	Promoção da paternidade responsável e ativa.
19	Promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente.
20	Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
21	Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e manejo de problemas relacionados à lactação.
22	Promoção, aconselhamento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensa de insumos de prevenção e testes rápidos.
ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NO ADULTO E NO IDOSO	
Cuidados e Atenção à Saúde da Mulher	
23	Assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, com utilização da Caderneta da Gestante.
24	Assistência no período do puerpério.
25	Assistência à mulher no período do climatério.
26	Abordagem em saúde sexual e reprodutiva: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensação de insumos de prevenção e testes rápidos; disfunções sexuais; avaliação pré-concepção; diagnóstico precoce de gravidez e orientação sobre infertilidade conjugal.

27	Manejo de problemas ginecológicos mais comuns: sangramento uterino anormal, miomatose, corrimento vaginal (abordagem sindrômica) e dor pélvica.
28	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra mulheres, violência sexual, intrafamiliar e de gênero, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
29	Manejo de problemas mamários comuns relacionados à lactação.
30	Rastreamento para neoplasia de colo uterino e acompanhamento da mulher com diagnóstico de câncer do colo uterino.
31	Rastreamento para neoplasia de mama e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de câncer de mama.
Cuidados e Atenção à Saúde do Idoso	
32	Atendimento domiciliar para pessoas idosas restritas ao lar ou com dificuldade de mobilidade, incluindo informações, orientações de saúde, aconselhamento e apoio aos familiares/cuidadores.
33	Identificação e acompanhamento da pessoa idosa vulnerável, em risco de declínio funcional ou frágil (multimorbidades, polifarmácia, internações recentes, incontinência esfincteriana, quedas recorrentes, alteração de marcha e equilíbrio, comprometimento cognitivo, comprometimento sensorial, perda de peso não intencional, dificuldade de mastigação e/ou deglutição, sinais e sintomas de transtornos de humor, insuficiência familiar, isolamento social, suspeitas de violência, grau de dependência para atividades da vida diária) com o estabelecimento de um plano de cuidados adaptado a cada caso.
34	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra idosos, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
35	Prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas.
36	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto e idoso.
Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso	
37	Acompanhamento de adultos e idosos em cuidados integrados e continuados, incluindo cuidados paliativos, com orientação aos familiares/cuidadores.
38	Atendimento das populações em situação de vulnerabilidade, como população vivendo em situação de rua e quilombola.
39	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco para adultos e idosos.
40	Acompanhamento de pessoas com doenças relacionadas ao trabalho.
41	Atendimento domiciliar de pessoas em situação de restrição ao leito/acamados, com impossibilidade de locomoção, assim como em situações com indicação de avaliação domiciliar pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
42	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase.
43	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com tuberculose (tratamento de primeira linha, tratamento diretamente observado, rastreamento em sintomáticos respiratórios e busca de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar).
44	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
45	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)

46	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de sífilis, hepatites virais, outras IST e da pessoa vivendo com HIV, com atenção especial a populações-chave.
47	Rastreamento de neoplasia de cólon e reto em pessoas entre 50 e 75 anos.
48	Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
49	Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.
50	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).
51	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).
52	Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.
53	Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia.
54	Manejo de pessoas com parasitoses intestinais.
55	Manejo e acompanhamento de pessoas com exposição e agravos a doenças negligenciadas, como raiva, doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose (visceral e cutânea), tracoma e malária.
56	Manejo de arboviroses (dengue, zika, febre amarela e chikungunya).
57	Manejo das condições mais prevalentes do aparelho digestivo: dispepsia, refluxo gastroesofágico, alterações de hábito intestinal, gastroenterites, hemorroidas e outras doenças orificiais, dor abdominal, esteatose hepática, alterações laboratoriais hepáticas.
58	Manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: Asma, DPOC, tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispneia, nódulos pulmonares.
59	Manejo das condições neurológicas mais frequentes: cefaleia, síndromes demenciais, síndrome do túnel do carpo, epilepsia, acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, vertigem, paralisia facial.
60	Manejo das condições musculoesqueléticas mais prevalentes: lombalgia, cervicalgia, osteoartrite, dor no ombro, bursite/tendinite, dor no quadril, problemas de mãos/punhos, dor no joelho, patologias do tornozelo e pé, disfunção temporomandibular (DTM), fibromialgia, osteoporose, gota.
61	Manejo das condições geniturinárias mais prevalentes: doença renal crônica (pacientes renais crônicos não transplantados), infecção urinária, litíase renal, hiperplasia prostática benigna, incontinência urinária.
62	Manejo das condições hematológicas mais prevalentes no âmbito da APS: anemia, anemia falciforme, linfonodomegalia periférica, leucopenia, leucocitose, trombocitopenia, trombocitose.
63	Manejo das condições mais prevalentes em dermatologia: acne, celulites, dermatites, erisipela, escabiose, feridas, furúnculo, herpes simples, herpes zoster, hiperidrose, intertrigo, larva migrans, micoses, milíria, nevos, pediculose, piodermites, doenças das unhas, psoríase, tungíase, urticária, verrugas.
64	Manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia: conjuntivite, hordéolo e calázio e blefarite.
65	Manejo das condições mais prevalentes em otorrinolaringologia: vertigem, rinossinusite, otite, hipoacusia, amigdalite bacteriana, obstrução nasal, apneia do sono, labirintopatia, epistaxe.

66	Manejo das condições mais prevalentes em alergia e imunologia: rinite alérgica, eczemas alérgicos, urticária/angioedema, alergia à picada de insetos, alergias alimentares, alergia a medicamentos.
67	Identificação e manejo da pessoa em situação de sofrimento psíquico e com transtornos mentais mais prevalentes: sofrimento emocional e tristeza, transtornos depressivos, de ansiedade, do espectro obsessivo-compulsivo e/ou pós-traumático, transtornos por uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do humor bipolar, transtornos psicóticos e ações de prevenção ao suicídio e automutilação.

ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

68	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade).
69	Rastreamento em saúde da criança: triagem neonatal (teste do pezinho e reflexo vermelho) e identificação precoce de sopros cardíacos.
70	Suplementação nutricional (vitaminas, minerais) quando indicado.
71	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com hanseníase.
72	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e investigação de contactantes da criança e adolescente com diagnóstico de tuberculose.
73	Acompanhamento da criança com microcefalia / zika vírus.
74	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com sífilis, hepatites virais, HIV e outras ISTs.
75	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.
76	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
77	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra crianças e adolescentes, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
78	Prevenção e promoção da segurança da criança e do adolescente contra injúrias físicas.
79	Acompanhamento de crianças e adolescentes com necessidades de cuidados paliativos, oferecendo orientações aos familiares/cuidadores e demonstrando o que pode ser realizado para conforto da criança/adolescente.
80	Atendimento domiciliar de crianças e adolescentes acamadas, com impossibilidade de locomoção, em algumas situações pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
81	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizado e problemas relacionados ao contexto escolar e/ou trabalho infantil.
82	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiências físicas e/ou mentais.
83	Identificação e manejo de problemas de crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência.
84	Identificação e seguimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (violência, trabalho infantil, medida socioeducativa, acolhimento institucional, em situação de rua, migrantes e refugiados).
85	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco.
86	Atendimento de urgências/emergências para crianças e adolescentes.

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)

87	Identificação e manejo dos problemas mais comuns do recém-nascido e lactente: cólicas do lactente, regurgitação e vômitos, constipação intestinal, monilíase oral, miliária, dermatite das fraldas, impetigo, dermatite seborreica, icterícia, problemas do umbigo, hérnia inguinal e hidrocele, testículo retido, displasia do desenvolvimento do quadril.
88	Identificação e manejo de condições graves de saúde em crianças menores de 2 meses: convulsões, letargia/flacidez, esforço respiratório (tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, apneia), gemido/estridor/sibilância, cianose central, palidez intensa, distensão abdominal, peso < 2000g, enchimento capilar lento (>2s), pústulas ou vesículas na pele, manifestações de sangramento (equimoses, petéquias e/ou hemorragias), secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva.
89	Identificação e manejo dos problemas mais comuns na infância: asma, deficiência de ferro e anemia, parasitoses intestinais, febre, infecções de vias aéreas superiores, excesso de peso em crianças, diarreia aguda, rinite alérgica, eczemas alérgicos, urticária/angioedema, alergia à picada de insetos.
90	Atendimento aos agravos prevalentes na adolescência: atraso puberal, puberdade precoce, acne, dor escrotal (criptorquidismo, torção testicular, epididimite, varicocele), ginecomastia puberal, dismenorreia, obesidade, vulvovaginites.
91	Identificação, manejo e acompanhamento do adolescente com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou com dificuldades na acuidade visual.
92	Manejo das doenças crônicas respiratórias mais prevalentes.
93	Atendimento e escuta do adolescente em qualquer situação, mesmo desacompanhado, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.
94	Identificação, acompanhamento e atenção integral à adolescente gestante e puerpera.
95	Identificação, acompanhamento e manejo de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico incluindo ações de prevenção ao suicídio com adolescentes.

PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

96	Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase.
97	Administração de medicamentos por via intradérmica, intramuscular, nasal, ocular, otológica, oral, parenteral, retal, subcutânea e tópica.
98	Aferição, monitoramento de pressão arterial e realização de glicemia capilar.
99	Aplicação de ácido tricloroacético - cauterização química de pequenas lesões de pele.
100	Realização do parto em casos de urgência / emergência, quando não houver possibilidade de remoção para serviços mais adequados em tempo oportuno.
101	Biópsia/punção de tumores superficiais de pele.
102	Busca ativa de faltosos e contactantes/parcerias de pessoas com doenças transmissíveis.
103	Sondagem vesical (de alívio e de demora).
104	Cirurgia de unha (cantoplastia).
105	Coleta de exames (urina, fezes, sangue, escarro e linfa).
106	Coleta de material para realização do citopatológico cérvico uterino.
107	Colocação de imobilização provisória (bandagens e enfaixamentos).
108	Cuidados com estomas (digestivos, urinários e traqueais).
109	Curativos simples e curativos complexos com ou sem coberturas especiais.
110	Desbridamento autolítico, enzimático ou mecânico.

111	Drenagem de abscesso.
112	Drenagem de hematoma subungueal.
113	Estesiometria (teste de sensibilidade).
114	Exérese de calosidades.
115	Exérese de cistos, lipomas e nevos.
116	Vacinação / administração de vacinas.
117	Inalação com espaçador e nebulímetro.
118	Inserção e retirada de DIU.
119	Manobras para diagnóstico e reposição otolítica para manejo da vertigem posicional paroxística benigna (Dix-Halpicke e Epley).
120	Realização de práticas integrativas e complementares (auriculoterapia/acupuntura/agulhamento seco/infiltração de anestésico em ponto-gatilho/fitoterapia).
121	Retirada de leite mamário.
122	Acompanhamento e cuidados a pessoas em tratamento com oxigenioterapia domiciliar.
123	Realização de intradermoreação com derivado proteico purificado (PPD).
124	Realização de Prova do Laço para avaliação de pessoas com quadro clínico suspeito de dengue.
125	Remoção de cerume de conduto auditivo externo (lavagem otológica).
126	Remoção de molusco contagioso.
127	Remoção manual de fecaloma.
128	Remoção não cirúrgica de vermes e parasitas.
120	Retirada de pontos.
130	Retirada/remoção de corpo estranho.
131	Sondagem nasogástrica.
132	Suturas de lesões superficiais de pele.
133	Tamponamento da epistaxe.
134	Terapia de reidratação oral.
135	Teste KOH (teste das aminas positivo ou Whiff test).
136	Teste rápido para gravidez.
137	Teste rápido para hepatite B.
138	Teste rápido para hepatite C.
139	Teste rápido para HIV.
140	Teste rápido para sífilis.
141	Tratamento de feridas.
142	Tratamento de miíase furunculoide.
143	Tratamento/cuidado da pessoa com queimaduras (exceto grande queimado).
144	Utilização de ferramentas de abordagem e orientação familiar: genograma, APGAR familiar, avaliação do ciclo de vida familiar, Ecomapa, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), os modelos Firo e Practice, Projeto Terapêutico Singular (PTS), identificação da dinâmica e estrutura familiar, inclusão das famílias no tratamento de condições complexas e inquéritos alimentares.

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)

145	Utilização de ferramentas de abordagem e orientação comunitária: espaços para abordagem comunitária na unidade de saúde ou outro ponto da comunidade, grupos, realização de oficinas, elaboração de materiais educativos/informativos, territorialização (conhecendo todos os pontos de apoio da comunidade, sejam da saúde ou não), terapia comunitária e utilização dos dados para realização de vigilância epidemiológica.
146	Utilização de referência e contrarreferência como ferramentas para o compartilhamento do cuidado com os demais serviços da rede de atenção, bem como os serviços de apoio assistencial, como o Telessaúde.
147	Verificação de sinais vitais (temperatura (preferencialmente axilar), frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e dor).
148	Troca de sonda de cistostomia.
149	Troca de cânula de traqueostomia.

ATENÇÃO E CUIDADOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL - ODONTOLOGIA**Procedimentos de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal**

150	Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel.
151	Ação coletiva de escovação dental supervisionada.
152	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão).
153	Atendimento odontológico da gestante.
154	Atividade educativa / orientação em grupo na atenção primária.
155	Consulta/atendimento domiciliar.
156	Evidenciação de placa bacteriana.
157	Exame bucal com finalidade epidemiológica.
158	Orientação de higiene oral.
159	Orientação de higienização de próteses dentárias.

Procedimentos Clínicos

160	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente).
161	Adaptação de prótese dentária.
162	Aplicação de cariostático.
163	Aplicação de selante (por dente).
164	Atendimento de urgência odontológica na APS.
165	Biópsia de tecidos moles da boca.
166	Capeamento pulpar.
167	Cimentação de prótese dentária.
168	Confecção, instalação e ajuste de placa miorreaxante.
169	Contenção de dentes por esplintagem (imobilização dental).
170	Coroa provisória.
171	Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico.
172	Curetagem periapical.
173	Diagnóstico de distúrbio de articulação têmporo-mandibular (ATM).
174	Drenagem de abscesso da boca e anexos.
175	Excisão e sutura de lesão na boca.
176	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele, anexos e mucosas (boca e anexos).

177	Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar.
178	Exodontia de dente decíduo.
179	Exodontia de dente permanente.
180	Exodontia múltipla com alveoloplastia.
181	Frenectomia.
182	Gengivectomia.
183	Instalação de prótese dentária.
184	Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária.
185	Oferta de práticas integrativas e complementares na saúde bucal (auriculoterapia, acupuntura, agulhamento a seco, infiltração de anestésico em ponto-gatilho).
186	Primeira consulta odontológica programática.
187	Profilaxia e remoção de placa bacteriana.
188	Pulpotomia dentária.
189	Radiografia interproximal (bite wing)
190	Radiografia periapical.
191	Raspagem e alisamento subgengivais por sextante.
192	Raspagem, alisamento e polimento supragengivais por sextante.
193	Realização de procedimento estético em urgência sentida (ex.: necessidade do trabalho).
194	Reembasamento e conserto de prótese dentária.
195	Reimplante dental (por dente).
196	Restauração de dente decíduo posterior.
197	Restauração de dente decíduo anterior.
198	Restauração de dente permanente anterior.
199	Restauração de dente permanente posterior.
200	Retirada de pontos de cirurgias básicas de pele/anexo e mucosas (boca e anexos).
201	Selamento provisório de cavidade dentária.
202	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental.
203	Tratamento de alveolite.
204	Tratamento de gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA).
205	Tratamento de lesões da mucosa oral.
206	Tratamento de nevralgias faciais.
207	Tratamento de pericoronarite.
208	Tratamento endodôntico de dente decíduo.
209	Tratamento endodôntico de dente permanente anterior.
210	Tratamento inicial do dente traumatizado.
211	Tratamento restaurador atraumático (TRA).
212	Ulotomia/ulectomia.

ANEXO B - DICTAMEN DE APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN EN BRASIL

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção primária à saúde (APS): construção e validação de instrumento para análise da resolutividade através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Pesquisador: RENATA DE CASSIA COELHO PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37064920.3.0000.8707

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.407.553

Apresentação do Projeto:

Será construído um instrumento de avaliação fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica e literatura nacional disponível, para que seja possível mensurar o grau de resolutividade das ações ofertadas pela Estratégia Saúde da Família, destinado aos profissionais de saúde e pesquisadores da área. O instrumento será submetido à validação quanto ao seu conteúdo e aparência, através de um grupo de juízes representados por profissionais de saúde e docentes da área de atenção primária à saúde (APS), que emitirão parecer e sugestões

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa objetiva construir e validar um instrumento de avaliação do grau de resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF) para utilização pelos profissionais de saúde e pesquisadores da área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são principalmente de natureza moral, pela possibilidade de invasão de privacidade; Divulgação de dados confidenciais; Tomada de tempo dos participantes da pesquisa. No entanto, os riscos serão minimizados através do cuidado com os dados adquiridos e com o sigilo absoluto da identidade dos participantes da pesquisa.

Como principal benefício temos a disponibilidade de um instrumento que será útil para mensuração do grau de resolutividade da atenção primária à saúde, cujos resultados poderão

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7070 **E-mail:** cep@undb.edu.br

**UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB**



Continuação do Parecer: 4.407.553

servir de subsídio para intervenções ou reformulação de estratégias no atendimento aos usuários e que por fim, poderão influenciar na melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será de grande valia para as comunidades de territórios cobertos pela Estratégia Saúde da Família, que poderão ter uma ferramenta de avaliação de fácil manuseio e aplicação e assim refletir sobre suas condutas e processos de trabalho, desenvolvendo ações que aumentem a resolutividade de suas ações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - ok

TCLE - ok

QUESTIONÁRIO - ok

Riscos e Benefícios - ok

Cronograma - ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1561166.pdf	21/09/2020 22:14:22		Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	21/09/2020 22:12:52	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	07/08/2020 10:16:22	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEE.docx	07/08/2020 09:33:19	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJ.docx	07/08/2020 09:32:57	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.docx	07/08/2020 09:32:36	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7070 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 4.407.553

Investigador	PROJETO.docx	07/08/2020 09:32:36	RENATA DE CASSIA COELHO PIRES	Aceito
--------------	--------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 18 de Novembro de 2020

Assinado por:

Ilara Reis Nogueira da Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7070 **E-mail:** cep@undb.edu.br