

## Qualidade da visita domiciliar do agente comunitário de saúde na atenção básica e fatores associados\*

Marciane Kessler<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4778-8224>

Elaine Thumé<sup>2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1169-8884>

Luiz Augusto Facchini<sup>2,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>

Luiza Carolina Moro<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2939-626X>

Elaine Tomasi<sup>2,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7328-6044>

**Destaques:** **(1)** Metade dos usuários recebe visita domiciliar do agente com qualidade adequada. **(2)** Qualidade é maior no Nordeste, em municípios menores e em equipes com definição de área. **(3)** Qualidade aumentou com a avaliação de indicadores e a satisfação do usuário. **(4)** Considerar riscos e vulnerabilidade para definir território aumentou a qualidade. **(5)** Qualidade foi maior entre usuários com doenças crônicas e incapacidades.

**Objetivo:** avaliar a qualidade da visita domiciliar do agente comunitário de saúde e os fatores associados. **Método:** estudo transversal com 38.865 equipes e 140.444 usuários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Estabeleceu-se "qualidade da visita domiciliar" e sua associação com características dos municípios, das equipes e dos indivíduos, estimada pela razão de prevalência e por intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** 139.362 (99,2%) usuários manifestaram que a equipe de saúde possuía agentes comunitários. A prevalência de qualidade foi de 51,9%. Após ajustes, a prevalência foi maior no Nordeste (Razão Prevalência: 1,19 [1,18-1,21]), municípios menores (Razão Prevalência: 1,06 [1,03-1,09]), entre equipes com definição de área (Razão Prevalência: 1,15 [1,06-1,25]), avaliação de indicadores (Razão Prevalência: 1,14 [1,12-1,17]) e satisfação do usuário (Razão Prevalência: 1,11 [1,08-1,13]), que consideraram critérios de risco e de vulnerabilidade para definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade (Razão Prevalência: 1,05 [1,04-1,07]) e sem população descoberta de agentes (Razão Prevalência: 1,03 [1,01-1,04]); entre usuários com doenças crônicas (Razão Prevalência: 1,02 [1,01-1,05]) e com alguém no domicílio com dificuldades de locomoção (Razão Prevalência: 1,05 [1,02-1,07]). **Conclusão:** evidencia-se a importância da organização do processo de trabalho das equipes para a qualidade da visita domiciliar do agente e seu papel na equidade em saúde.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Visita Domiciliar; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Equidade em Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

\* Apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS), processo nº SICONV 760463/11, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Curso de Enfermagem, Erechim, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, Chapecó, SC, Brasil.

### Como citar este artigo

Kessler M, Thumé E, Facchini LA, Moro LC, Tomasi E. Quality of home visits by community health workers in primary care and associated factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4398 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7203.4398>

URL

ano mês dia

## Introdução

Nas últimas duas décadas têm crescido o interesse e os esforços para avaliar os avanços da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil<sup>(1-5)</sup>, objetivando evidenciar a sua eficácia para alcançar a universalidade, integralidade, longitudinalidade e equidade em saúde<sup>(3)</sup>, além de demonstrar um positivo impacto na saúde da população.

A quantidade de equipes de saúde da família aumentou de 2.054, em 1998<sup>(6)</sup>, para 43.508, em 2019<sup>(7)</sup>. Neste mesmo período, a população coberta pela ESF passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros)<sup>(6)</sup> para 64,2% (134 milhões)<sup>(7)</sup>, sendo a cobertura superior nas regiões e áreas mais pobres do Brasil. A expansão da ESF no país contribuiu para que o Sistema Único de Saúde (SUS) chegasse ao patamar de estar entre os maiores sistemas públicos de saúde do mundo, de acesso universal à saúde e baseado nos cuidados primários<sup>(8)</sup>.

Concomitantemente com o crescimento da cobertura da ESF no território nacional, a literatura tem mostrado o impacto do modelo na diminuição da mortalidade infantil<sup>(9-10)</sup>, das internações por condições sensíveis à atenção primária<sup>(10)</sup>, no controle de doenças cardiovasculares<sup>(11)</sup> e da desigualdade social na mortalidade em idosos<sup>(2)</sup>. A ESF tem contribuído ainda para o aumento da cobertura de ações programáticas, o pré-natal<sup>(12)</sup>, a prevenção do câncer do colo do útero<sup>(13)</sup> e para o maior acesso e utilização aos serviços de saúde, especialmente entre as pessoas socialmente vulnerabilizadas<sup>(1-3)</sup>. Além disso, diversas pesquisas têm evidenciado a importância da ESF para aumentar a qualidade dos serviços prestados pela atenção primária<sup>(3-4)</sup>. Porém, até o momento não foram encontrados estudos nacionais direcionados para a avaliação da qualidade dos serviços ofertados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na visita domiciliar.

Destaca-se que só foi possível o alcance dos resultados positivos da ESF devido à sua característica de organização e de substituição do modelo tradicional de atenção básica. A ESF tem um modelo de atenção direcionado à atenção universal, integral, contínua e equitativa<sup>(1,3)</sup>, com foco na promoção de saúde, na prevenção de doenças, no diagnóstico e no tratamento precoce; e inclui o agente comunitário como integrante da equipe, que atua em uma área geográfica delimitada, com cadastro e acompanhamento da população no território.

Além disso, o número de agentes por equipe deverá ser definido conforme as características da população do território, considerando critérios de demografia, epidemiologia, economia e questões sociais; e em áreas territoriais dispersas, com presença de risco e vulnerabilidade social, é recomendada a cobertura populacional de 100%<sup>(14)</sup>. Em 2020, 257.770 agentes

comunitários faziam parte da ESF, com uma cobertura populacional de 61,1% no país<sup>(7)</sup>.

O ACS, que mantém forte ligação cotidiana com a equipe de enfermagem e é gerenciado pelo enfermeiro<sup>(15-16)</sup>, é também um dos responsáveis pelos resultados alcançados pela ESF - quando desenvolve um trabalho de qualidade, sendo o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, que promove vínculo entre usuários e profissionais<sup>(17-18)</sup>. Uma das principais atividades do agente é a visita domiciliar<sup>(18)</sup>, por meio da qual efetiva o cadastro da família, contribui com a equipe na identificação de áreas e situações de risco, orienta a promoção e a proteção da saúde, mobiliza a comunidade a buscar condições favoráveis à saúde e participação em grupos, notifica aos serviços as doenças que necessitam de vigilância, encaminha pessoas com demanda em saúde às unidades, acompanha o tratamento e reabilitação das pessoas doentes em domicílio<sup>(17-19)</sup>.

A caracterização da qualidade neste estudo foi construída na perspectiva da integralidade ou da completude das atividades, por meio de uma abordagem que considera o todo, ou seja, os aspectos psicológicos, biológicos e socioculturais, junto à oferta de ações humanizadas voltadas a promoção, a proteção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde. Um dos mais relevantes princípios do SUS é a integralidade, sendo também um atributo essencial na avaliação da qualidade da atenção primária à saúde (APS), que se constitui enquanto um espaço preferencial para sua expressão<sup>(4)</sup>. A qualidade da APS é resultado da prestação de serviços bem organizados e gerenciados, com suporte de um financiamento suficiente para prover insumos adequados, recursos humanos, infraestrutura e medicamentos<sup>(1,4)</sup>.

Diante deste contexto, tem-se como objetivo avaliar a qualidade da visita domiciliar do agente comunitário de saúde e os fatores associados.

## Método

### Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal com base em serviços de saúde e que integrou a fase de Avaliação Externa das equipes de atenção básica em todo território nacional, utilizando dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), estabelecido pelo Ministério da Saúde para subsidiar o financiamento por desempenho na atenção básica no período de 2011 a 2018.

O PMAQ foi um programa lançado em 2011 com o intuito de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, mediante incentivo financeiro federal para

os municípios participantes que atingissem a melhoria no padrão de qualidade. Para isso, foi proposto um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Acrescenta-se que o estudo foi coordenado por mais de 50 instituições brasileiras de Ensino Superior e lideradas por: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Universidade Federal de Sergipe (UFS).

### **Critérios de seleção**

Foram incluídos municípios, equipes de saúde e usuários de equipes de todo o território nacional que aderiram de forma voluntária ao PMAQ 2017/18. Foram excluídos os usuários com menos de 18 anos de idade, que estavam frequentando a unidade de saúde pela primeira vez ou aqueles que não frequentavam a unidade há mais de 12 meses.

### **População e amostra**

No Ciclo 3 de avaliação do PMAQ foram incluídos 5.324 municípios, 28.939 unidades de atenção básica, 38.865 equipes e 140.444 usuários. Participaram do estudo um profissional médico ou enfermeiro ou dentista de cada equipe, não sendo obrigatório o exercício de papel de coordenador da equipe pelo respondente. Entre os usuários, a amostragem foi por conveniência, ou seja, aqueles que estivessem frequentando o serviço de saúde no dia da visita do entrevistador.

### **Variáveis do estudo**

O desfecho "qualidade da visita domiciliar prestada pelo agente comunitário de saúde" foi construído considerando a integridade das atividades ou sua realização de modo completo pelos ACS, conforme mencionado anteriormente<sup>(4)</sup>. Neste trabalho, estruturou-se um indicador composto por meio da resposta positiva dos usuários às seguintes perguntas: "Durante a visita, o agente pergunta sobre os problemas de saúde da família?; Orienta ações de cuidado e prevenção de doenças?; Informa as ações da unidade básica de saúde/posto de saúde próximo da sua casa?; Entrega documentos como, por exemplo, marcação de consultas e exames?; Realiza ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*?". Todas as perguntas tiveram resposta dicotômica (sim/não).

Já as variáveis de exposição utilizadas para verificar associação com a qualidade adequada da visita do agente foram: a) variáveis dos municípios (fonte secundária) - região geopolítica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), porte populacional em habitantes (até 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000; mais de 300.000) e cobertura populacional da ESF (até 50%; 50,1%-75%; 75,1%-99,9%; 100%); b) variáveis da equipe (entrevista com profissional) - definição da área de abrangência da equipe (sim; não), se a gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe (sim; não), se a equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde (sim; não), se a equipe realiza avaliação de satisfação do usuário (sim; não) e se existe população descoberta de ACS no território (sim; não); c) variáveis do indivíduo (entrevista com o usuário do serviço) - sexo (masculino; feminino), idade em anos completos (18-39; 40-59; 60 ou mais), etnia/cor da pele autorreferida (indígena/parda/preta/outra e branca), condições crônicas de saúde referida por diagnóstico médico (nenhuma, hipertensão ou diabetes, hipertensão e diabetes), familiar com dificuldade de locomoção investigada por meio da pergunta: "Na sua casa tem alguém com dificuldade de locomoção e que necessita de atendimento no domicílio?" (sim; não), presença de gravidez nos últimos dois anos investigada pela pergunta: "A senhora ficou grávida nos últimos dois anos?" (sim; não) e a presença de filhos de até dois anos de idade, por meio da pergunta: "O(A) senhor(a) tem filho(a) de até dois anos de idade?" (sim; não).

### **Instrumento utilizado para a coleta das informações**

Para o presente estudo foram utilizadas as informações oriundas dos Módulos I, II e III do instrumento de coleta do PMAQ Ciclo 3<sup>(20)</sup>. O Módulo I refere-se à observação na unidade de saúde, com questões sobre infraestrutura; o Módulo II refere-se à entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da equipe de atenção primária e verificação de documentos na unidade de saúde; e o Módulo III refere-se à entrevista com usuários na unidade de saúde avaliada.

### **Coleta de dados**

O questionário foi aplicado nas unidades de saúde em data acordada com a gestão municipal, sendo o Módulo I dados decorrentes da observação do entrevistador, o Módulo II respondido por um profissional médico, enfermeiro ou dentista e o Módulo III por usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.

A coleta de dados foi realizada no período de 2017 a 2018, por cerca de mil entrevistadores e supervisores treinados em todas as unidades da federação, utilizando instrumento eletrônico em *tablets*, com envio automatizado ao Ministério da Saúde. O controle de qualidade dos dados foi feito por meio de supervisão da coleta de dados e de um validador eletrônico com checagem da consistência entre as respostas.

### Análise dos dados

Além das análises descritivas, a prevalência do desfecho foi calculada de acordo com as características dos municípios, da equipe e do indivíduo. A análise dos fatores associados foi realizada utilizando a regressão de Poisson, com ajuste robusto de variância para estimar as razões de prevalências (RP) e com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na análise ajustada, utilizou-se um modelo hierárquico fundamentado na determinação social da saúde, valorizando as características do contexto como macrodeterminantes das variáveis situadas em níveis intermediário e proximal ao desfecho<sup>(1-2)</sup>. No primeiro nível foi incluída a variável região; no segundo nível, as variáveis relacionadas ao município; no terceiro nível, as variáveis relacionadas à equipe; no quarto, aquelas relacionadas às características demográficas e sociais do indivíduo; e, por fim, no quinto nível, as condições de saúde individuais.

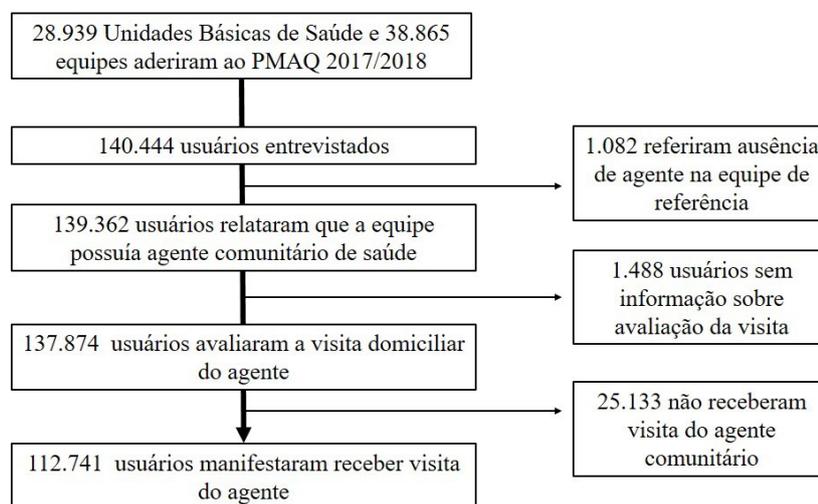
Aplicou-se seleção para trás (*backward*), por níveis hierárquicos, eliminando do modelo todas as variáveis que apresentaram valor  $p \geq 0,20$ . O critério adotado para a definir a categoria de referência (1,00) de cada variável foi o menor valor observado, buscando destacar a probabilidade de aumento da ocorrência do desfecho. A significância estatística foi verificada pelo teste de Wald e de heterogeneidade, considerando o nível de 5%. Para as análises dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Stata* 14.0 (*StataCorp LP*, College Station, Estados Unidos).

### Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, com parecer nº 2.453.320, em 2017, sob o protocolo 80341517.8.1001.5317. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema de estudo.

### Resultados

Do total de usuários entrevistados, 139.362 (99,2%) manifestaram que a equipe de saúde possuía agentes comunitários, conforme Figura 1.



\*PMAQ = Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

Figura 1 - Processo de seleção da amostra incluída na análise. PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Entre estes, 37,3% estavam concentrados na região Nordeste e 33,4% na região Sudeste; 40,2% residiam em municípios com até 30.000 habitantes; 45,1% em municípios com 100% de cobertura; 99,2% dos usuários pertenciam a equipes com definição da área de abrangência; 80,0% pertenciam a equipes que consideraram critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de

pessoas sob responsabilidade; 88,4% pertenciam a equipes que realizavam monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde; ainda, 87,0% pertenciam a equipes que realizavam avaliação da satisfação dos usuários; e 39,8% dos usuários foram entrevistados em serviços cujas equipes apresentaram áreas no território descobertas por ACS (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de usuários conforme características dos municípios e das equipes (n = 139.362). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Variável	Total da amostra	
	n	%
<b>Total</b>	139.362	100,0
<b>Características dos municípios</b>		
Região		
Sul	19.971	14,3
Sudeste	46.609	33,4
Centro-oeste	11.723	8,4
Nordeste	51.956	37,3
Norte	9.103	6,5
Porte do município (habitantes)		
Até 10.000	18.198	13,1
10.001-30.000	37.795	27,1
30.001-100.000	33.102	23,8
100.001-300.000	18.783	13,5
Mais de 300.000	31.484	22,6
Cobertura de ESF <sup>†</sup> (%)		
Até 50	20.535	14,7
50,1-75,0	26.734	19,2
75,1-99,9	29.256	21,0
100,0	62.837	45,1
<b>Características da equipe</b>		
Definição da área de abrangência da equipe		
Sim	138.222	99,2
Não	1.140	0,8
Consideração de critérios de risco e vulnerabilidade para definir o número de pessoas sob responsabilidade da equipe <sup>‡</sup>		
Sim	101.270	80,0
Não	25.293	20,0
Monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde		
Sim	123.154	88,4
Não	16.208	11,6
Avaliação de satisfação do usuário		
Sim	121.221	87,0
Não	18.141	13,0
População descoberta de ACS <sup>§</sup>		
Sim	55.478	39,8
Não	83.884	60,2

\*PMAQ = Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; †ESF = Estratégia Saúde da Família; ‡12.799 faltantes/sem resposta; §ACS = Agentes Comunitários de Saúde

Dentre as características dos usuários, 78,4% eram do sexo feminino, 77,9% possuíam entre 18 e 59 anos de idade e 68,1% possuíam cor da pele mestiça, parda, preta e outra. Entre os usuários, 28,3% referiram ter hipertensão ou diabetes e 9,1% tinham ambas as condições; 7,8% referiram ter alguém com dificuldade de locomoção na casa onde residem; 19,2% das usuárias referiram gravidez nos últimos dois anos e 11,2% dos usuários referiram possuir filho(a) de até dois anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de usuários conforme características individuais dos usuários (n = 139.362). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

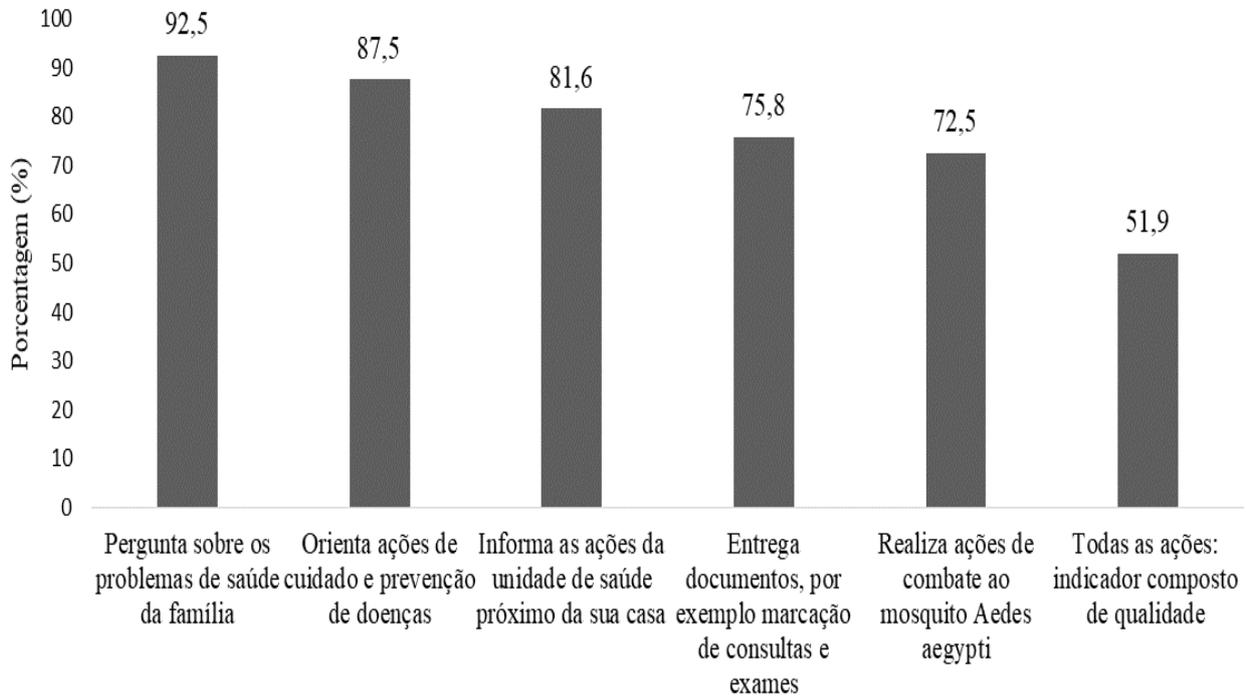
Variável	Total da amostra	
	n	%
<b>Total</b>	<b>139.362</b>	<b>100,0</b>
<b>Características individuais</b>		
Sexo		
Feminino	109.294	78,4
Masculino	30.068	21,6
Idade (anos)		
18-39	60.697	43,6
40-59	47.758	34,3
60 ou mais	30.907	22,2
Etnia/Cor da pele <sup>†</sup>		
Branca	43.937	31,9
Indígena/Parda/Preta/Outra	93.645	68,1
Condição crônica <sup>‡</sup>		
Nenhuma	86.779	62,6
Hipertensão ou diabetes	39.276	28,3
Hipertensão e diabetes	12.613	9,1
Alguém com dificuldade de locomoção na casa <sup>§</sup>		
Sim	10.878	7,8
Não	128.342	92,2
Gravidez nos últimos dois anos <sup>¶</sup>		
Sim	20.953	19,2
Não	88.358	80,8
Filho(a) de até dois anos de idade <sup>¶</sup>		
Sim	15.621	11,2
Não	123.521	88,8

\*PMAQ = Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; †1.780 faltantes/sem resposta; ‡694 faltantes/sem resposta; §142 faltantes/sem resposta; ¶30.051 faltantes/sem resposta; ¶220 faltantes/sem resposta

O recebimento de visita do ACS, entre equipes que possuíam este profissional, foi avaliado por 137.874

usuários e 112.741 (81,2%) manifestaram receber visitas (Figura 1). Entre as ações realizadas durante a visita, pouco mais de metade dos usuários referiram (51,9%;

IC95%51,6-52,1) que os agentes realizaram todas as cinco ações (Figura 2), e este foi o indicador composto de qualidade para a visita domiciliar do ACS.



\*PMAQ = Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

Figura 2 - Proporção das ações realizadas na visita domiciliar pelo agente comunitário e indicador composto de qualidade (n = 112.741). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Na análise não ajustada, a probabilidade de receber uma visita domiciliar de qualidade do ACS foi significativamente maior na região Nordeste, quando comparada às demais regiões; nos municípios com menores portes populacionais (em todos os grupos até 100 mil hab.) com menor e maior cobertura de ESF; entre as equipes que possuem definição da área de abrangência que consideraram critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade;

entre as equipes que realizam monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde, que realizam avaliação de satisfação do usuário e que não possuem população descoberta de ACS. A probabilidade de qualidade adequada da visita do ACS ainda foi maior entre a população mais jovem, etnia/cor da pele indígena, parda, preta e outra, e entre aqueles usuários que possuem no algum indivíduo com dificuldades de locomoção no domicílio (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC95%) de qualidade adequada da visita realizada pelo agente, conforme características dos municípios, das equipes e dos indivíduos (n = 112.741). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Variável	Prevalência	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nível 1</b>					
Região <sup>‡</sup>			<b>&lt;0,001</b>	-	-
Nordeste	57,2	1,19	1,18-1,21	-	-
Norte	48,5	1,01	0,99-1,04	-	-
Centro-oeste	49,6	1,03	1,01-1,06	-	-
Sudeste	47,9	1,00	-	-	-
Sul	49,3	1,03	1,01-1,05	-	-

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Prevalência	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nível 2</b>					
Porte do município (habitantes) <sup>§</sup>			<0,001		<0,001
Até 10.000	52,1	1,06	1,03-1,08	1,06	1,03-1,09
10.001-30.000	53,2	1,08	1,06-1,10	1,05	1,03-1,07
30.001-100.000	53,6	1,09	1,07-1,11	1,07	1,05-1,10
100.001-300.000	49,3	1,00	-	1,00	-
Mais de 300.000	49,4	1,00	0,98-1,02	0,97	0,94-0,99
Cobertura de saúde da família (%) <sup>§</sup>			<0,001		<0,001
Até 50	54,5	1,15	1,13-1,18	1,20	1,18-1,23
50,1-75,0	47,2	1,00	-	1,00	-
75,1-99,9	49,1	1,04	1,02-1,06	0,97	0,95-0,99
100,0	53,9	1,14	1,12-1,16	1,03	0,99-1,04
<b>Nível 3</b>					
Definição da área de abrangência da equipe <sup>‡</sup>			<0,001		0,001
Não	43,4	1,00	-	1,00	-
Sim	51,9	1,20	1,11-1,29	1,15	1,06-1,25
Consideração de critérios de risco e vulnerabilidade definir número de pessoas sob responsabilidade da equipe <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
Não	47,7	1,00	-	1,00	-
Sim	53,3	1,12	1,10-1,13	1,05	1,04-1,07
Monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
Não	44,2	1,00	-	1,00	-
Sim	52,8	1,19	1,17-1,22	1,14	1,12-1,17
Avaliação de satisfação do usuário <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
Não	45,3	1,00	-	1,00	-
Sim	52,7	1,16	1,14-1,17	1,11	1,08-1,13
População descoberta de ACS <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
Não	52,7	1,04	1,03-1,06	1,03	1,01-1,04
Sim	50,5	1,00	-	1,00	-
<b>Nível 4</b>					
Sexo <sup>†</sup>			0,148		0,507
Masculino	51,5	1,00	-	1,00	-
Feminino	52,0	1,01	0,99-1,02	1,00	0,99-1,01
Idade (anos) <sup>§</sup>			0,001		0,479
60 ou mais	50,2	1,00	-	1,00	-
40-59	52,9	1,06	1,04-1,07	1,04	1,02-1,05
18-39	51,9	1,03	1,02-1,05	1,00	0,99-1,02
Cor da pele/etnia <sup>‡</sup>			<0,001		0,927
Branca	51,0	1,00	-	1,00	-
Indígena/Parda/Preta/Outra	52,3	1,02	1,01-1,04	1,00	0,99-1,02

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Prevalência	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nível 5</b>					
Condição crônica <sup>‡</sup>			0,443		<0,001
Hipertensão e diabetes	52,7	1,02	1,00-1,04	1,02	1,01-1,05
Hipertensão ou diabetes	51,7	1,00	-	1,00	-
Nenhuma	51,9	1,00	0,99-1,02	0,99	0,97-1,00
Alguém com dificuldade de locomoção na casa <sup>‡</sup>			<b>0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>
Sim	53,6	1,04	1,02-1,06	1,05	1,02-1,07
Não	51,7	1,00	-	1,00	-
Gravidez nos últimos 2 anos <sup>‡</sup>			0,226		0,393
Sim	51,6	1,00	-	1,00	-
Não	52,1	1,01	0,99-1,03	0,99	0,97-1,01
Filho(a) de até 2 anos de idade <sup>‡</sup>			0,193		0,710
Sim	51,3	1,00	-	1,00	-
Não	51,9	1,01	0,99-1,03	1,01	0,97-1,04

<sup>†</sup>PMAQ = Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; <sup>‡</sup>RP Bruta e RP Ajustada = Razão de Prevalência Bruta e Ajustada - Regressão de Poisson; <sup>†</sup>Teste de heterogeneidade; <sup>‡</sup>Teste de Wald

Na análise ajustada, segundo o modelo hierárquico, a região Nordeste apresentou 19% maior probabilidade de possuir qualidade adequada na visita do ACS, comparada à região Sudeste. A probabilidade de qualidade adequada aumentou conforme diminuiu o porte populacional dos municípios, sendo em torno de 6% maior naqueles municípios com menor de 100.000 habitantes, isso quando comparado aos municípios de 100 a 300 mil habitantes, e 20,0% maior naqueles com menor cobertura de ESF. Possuir maior cobertura de ESF perdeu associação após ajustes (Tabela 3).

Por sua vez, as equipes que possuíam definição da área de abrangência, que realizavam monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde e que realizavam avaliação de satisfação do usuário apresentaram probabilidade de 11,0 a 15,0% maior de apresentar o indicador composto de qualidade na visita do ACS. Já as equipes que consideraram critérios de risco e de vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade e que não possuíam população descoberta de agentes apresentaram probabilidades 5% e 3% maiores de qualidade adequada (Tabela 3).

Após ajustes, não houve diferença significativa no indicador composto de qualidade da visita do ACS por sexo, faixa etária e cor da pele. A probabilidade de qualidade adequada da visita do agente foi 2% maior entre usuários com hipertensão e diabetes e 5% maior entre usuários que possuíam alguém no domicílio com dificuldades de locomoção (Tabela 3).

## Discussão

A qualidade da visita do ACS, verificada pelo indicador composto, alcançou 51,9% no Brasil, sendo significativamente maior no Nordeste, em municípios menores, entre equipes com definição de área de abrangência, que realizavam avaliação de indicadores e da satisfação do usuário, que utilizavam critérios de risco e de vulnerabilidade para definir o número de pessoas sob responsabilidade, sem áreas descobertas de ACS, entre usuários com condições crônicas e com algum morador no domicílio com dificuldades de locomoção.

Para garantia da qualidade da visita do ACS, é preocupante a alta proporção (40%) de equipes que possuem população descoberta deste profissional<sup>(21)</sup>. Conforme dados da última Pesquisa Nacional de Saúde, houve um aumento da porcentagem de domicílios que não receberam visitas nos 12 meses anteriores à coleta de dados, de 18%, em 2013, para 24%, em 2019. A proporção de domicílios que referiram visita mensal no último ano diminuiu de 47%, em 2013, para 38%, em 2019<sup>(5)</sup>. A quantidade insuficiente de agentes no território pode sobrecarregar aqueles que nele atuam, o que afeta a qualidade do processo de trabalho.

Diversos estudos têm evidenciado a sobrecarga de trabalho enfrentada pelo agente devido à complexidade de atividades desenvolvidas, incluindo atribuições que estão fora de seu escopo de atuação<sup>(17,22)</sup>. O trabalho do agente inclui, por vezes, tarefas burocráticas e de apoio às unidades de saúde, como por exemplo, separar

e organizar prontuários dos usuários, atuar na recepção e acolhimento, organizar fichas e filas de atendimento, realizar chamadas telefônicas, alimentar sistemas de informação e até mesmo atividades de limpeza e desinfecção, consideradas como um desvio de função pelo próprio agente<sup>(17)</sup>. Logo, ao abraçar cada vez mais atividades, poderá ter a dificuldade em discernir o que de fato lhe compete e quais suas atribuições, além de gerar sobrecarga de trabalho<sup>(17)</sup>.

Estudo realizado em São Paulo<sup>(23)</sup> mostrou que, embora o agente oferecesse à comunidade todo um suporte social, os profissionais da saúde e os usuários da ESF caracterizaram suas visitas como um trabalho protocolar, voltado ao indivíduo e não à coletividade, e voltado à doença e não à saúde, o que se afasta das propostas de transformações da assistência em saúde. Por vezes, os questionamentos ofertados pelo agente comunitário aos usuários são focados em um modelo biomédico e curativo, deixando de lado as particularidades individuais e de cada família, desconsiderando, assim, o contexto social e ambiental<sup>(23)</sup>.

Acrescenta-se que o trabalho do ACS inclui visitas periódicas burocráticas, como a atualização de cadastro, e que têm como foco a produtividade, bem como visitas clínicas voltadas para pessoas com algum agravo que necessite de continuidade no acompanhamento ou que tenham dificuldade de deslocamento<sup>(18)</sup>. Entretanto, a sua atuação no território deve ser planejada a partir de linhas de cuidado prioritárias, incluindo também visitas preventivas e de educação em saúde, além de ações de abordagem coletiva e comunitária<sup>(17)</sup>. O processo de trabalho ampliado e complexo do ACS o torna um profissional relevante na promoção de cuidados, facilita o acesso da população à rede de atenção à saúde e como um mediador na transformação das práticas de saúde<sup>(18)</sup>.

Os resultados do presente estudo ainda mostraram que o agente informa as ações da unidade de saúde de referência, entrega documentos e agenda consultas ou exames. Autores descrevem que tal trabalho visa facilitar a vida do usuário que trabalha e/ou não possui tempo<sup>(23)</sup>. Os resultados corroboram estudo realizado em Minas Gerais<sup>(24)</sup>, no qual ações como orientar a família quanto à utilização dos serviços de saúde, encaminhar e agendar consultas e exames foram mencionados pela grande maioria dos ACS (99,6% e 78,8% respectivamente). Outro estudo realizado com ACS em cinco municípios rurais remotos da região oeste do Pará, Brasil, evidenciou que orientar os usuários sobre o funcionamento da unidade de saúde é uma atividade valorizada pelos enfermeiros<sup>(18)</sup>.

Em relação aos fatores associados à qualidade das visitas domiciliares do ACS, foi possível notar que ela foi maior na região Nordeste e nos municípios de menor

porte populacional, o que pode ser explicado pelo fato da prevalência de recebimento de visita domiciliar ser maior nestes locais (84% e 89%, respectivamente) comparado à região Sul e a municípios de maior porte populacional (78% e 73%, respectivamente)<sup>(21)</sup>. Entretanto, é preciso destacar que o aumento da quantidade de visitas não garante qualidade, sendo necessário atentar para os demais fatores associados. Quanto à cobertura de ESF, os resultados mostram divergências, sendo a qualidade maior nos municípios de maior e menor cobertura.

Além disso, a qualidade da visita do agente foi maior nas equipes com definição da área de abrangência, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>(14)</sup>. A proximidade e o vínculo dos profissionais com a população e as famílias do território de abrangência possibilitam a identificação de problemas de saúde e de vulnerabilidades sociais<sup>(18)</sup> que determinam o processo saúde-doença, e este processo pode ser facilitado pelo mapeamento do território e pela participação social.

Outrossim, a qualidade da visita do agente também foi maior nas equipes nas quais a gestão considerou os critérios de risco e de vulnerabilidade para definir o número de população sob sua responsabilidade. A Portaria nº 2.488/2011, referente à PNAB<sup>(19)</sup>, estabelece que as visitas domiciliares devem ser planejadas junto com a equipe multiprofissional, levando em consideração os critérios de risco e de vulnerabilidade, para que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, adotando a média de uma visita mensal por família. A nova PNAB de 2017<sup>(14)</sup> enfatiza a importância de priorizar a população de maior vulnerabilidade e de risco epidemiológico, entretanto, não se refere à frequência e à periodicidade das visitas. Além disso, considerando que a quantidade mínima de ACS por equipe exigida é um (1)<sup>(14)</sup>, muitas equipes estão com número de agentes abaixo do necessário para atender a todas as demandas da população do território e, assim, acabam focando somente nos mais necessitados; as demais famílias ficam descobertas, o que pode impactar na qualidade das visitas e restringir as práticas educativas, bem como a promoção da equidade em saúde no território.

A qualidade da visita domiciliar do agente também foi maior nas equipes que referiram monitorar e analisar indicadores e informações de saúde, atividades essenciais para a tomada de decisão, implementar ações e políticas de saúde e mensurar a qualidade do cuidado prestado pela equipe da ESF. Além disso, tais ações eram consideradas para os repasses financeiros a municípios, de acordo com o desempenho das equipes, como estratégia para o fortalecimento da atenção primária à saúde<sup>(25)</sup>.

Entretanto, o incentivo financeiro por meio do PMAQ foi encerrado em 2019 e substituído pelo Programa

PREVINE Brasil<sup>(26)</sup>. No modelo de financiamento anterior havia uma composição diferente do orçamento, como o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, o PAB variável com recursos para equipes da ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e outros, com transferência fundo a fundo para os municípios com equipes que aderiram ao PMAQ, para estimular a resolução de problemas na atenção básica. O processo de avaliação externa do PMAQ envolvia a participação de diferentes atores, como a sociedade civil, profissionais da saúde, gestores e instituições acadêmicas de ensino e pesquisa, além de abordar um conjunto de indicadores de qualidade que evidenciavam processos de organização dos serviços e das práticas dos profissionais na equipe e no território<sup>(25,27)</sup>.

Enquanto isso, o novo modelo de avaliação produziu um retrocesso no modelo de financiamento da atenção primária ao centrar o incentivo no cadastro de indivíduos, no alcance de metas de um número reduzido de indicadores voltados a um modelo biomédico, sem território de abrangência definido e nem população de referência das equipes de saúde<sup>(27-28)</sup>. Além dos efeitos danosos no financiamento da atenção básica para os municípios, estas mudanças podem afetar a qualidade da atenção à saúde<sup>(27-29)</sup>. O PREVINE Brasil poderá prejudicar a universalidade e a equidade do SUS ao vincular a transferências dos recursos aos usuários cadastrados e ao desempenho de um reduzido conjunto de indicadores<sup>(28)</sup>. Vale destacar que entre os indicadores do PREVINE não há menção sobre avaliação do trabalho do ACS, interrompendo o processo de avaliação. Avaliar e monitorar indicadores e gerar informações de saúde que abrangem a integralidade e a complexidade do serviço e do cuidado contribui para a melhoria da qualidade e efetivação dos princípios do SUS, assim como dos atributos da atenção primária.

Ademais, avaliar a satisfação do usuário também foi fator que contribuiu para a qualidade da visita domiciliar do agente. A satisfação do usuário é imprescindível no processo de avaliação, pois se constitui em uma ferramenta importante para identificar aspectos e situações que interferem positivamente e negativamente no atendimento à população<sup>(30)</sup>. O olhar do usuário representa o melhor instrumento de avaliação e de participação social, contribuindo para a construção de um sistema de saúde público de qualidade, equitativo e universal, que possa atender às reais necessidades da sua população<sup>(30)</sup>.

A qualidade da visita domiciliar do agente também foi maior nas equipes que não possuíam população descoberta de agentes. Estudiosos da área<sup>(31)</sup> destacam que simplesmente implantar a ESF não garante mudanças no modelo assistencial à saúde, sendo necessário mudar a forma de prestação de cuidado e a forma de atuação dos profissionais. Logo, não é a alteração na forma ou na

estrutura do modelo que irá garantir práticas centradas na pessoa, mas sim mudanças no processo de trabalho que deve incluir o acolhimento, o vínculo e a responsabilização enquanto profissionais<sup>(31)</sup>.

Com efeito, usuários com condições crônicas e aqueles que convivem com alguém com dificuldade de locomoção também estiveram associados ao aumento da qualidade da visita domiciliar do agente. Estes resultados vêm de encontro com o método de planejamento das visitas domiciliares, em que o foco principal de atuação é o acompanhamento dos grupos prioritários, correspondentes às ações programáticas do Ministério da Saúde, como a hipertensão, diabetes e pessoas acamadas ou domiciliadas<sup>(32)</sup>. Este resultado sinaliza a importância do agente na promoção da equidade em saúde, mas é preciso refletir se estes resultados reforçam ou não a presença de uma atenção centrada na doença.

Este estudo não encontrou diferenças significativas no indicador composto de qualidade da visita do ACS conforme fatores sociodemográficos dos usuários, o que reforça que as visitas domiciliares do ACS promovem a equidade não só do acesso aos serviços<sup>(21)</sup>, mas também da qualidade da atenção à saúde prestada. Por conseguinte, o agente se coloca como facilitador da relação entre o usuário e o acesso aos serviços de saúde, ou seja, pode ser o principal vínculo das populações vulnerabilizadas e, assim, ser protagonista de cuidados que consideram os princípios da integralidade<sup>(18)</sup>.

O ACS tem sido considerado participante ativo e efetivo na construção de um SUS universal e integral que, por meio de seu trabalho, materializa e fortalece os atributos da atenção primária<sup>(33)</sup>, atuando não somente como suporte para execução de ações educativas em saúde. Sua participação como integrante das equipes de atenção básica não deveria ser uma opção, mas sim uma obrigação, por fazer parte da luta histórica pela garantia do direito integral à saúde no SUS<sup>(33)</sup>.

Entretanto, alterações da PNAB 2017, referentes à configuração da equipe de ESF, podem levar o agente comunitário para uma categoria profissional em extinção, devido à diminuição do número de agentes vinculados a cada equipe e pela descaracterização de suas atribuições e do seu trabalho educativo<sup>(22)</sup>. Estas questões podem interromper os vínculos com os usuários, o acompanhamento, a efetivação de ações educativas e de prevenção, além de fomentar iniquidades no acesso e na qualidade em saúde. Diante do atual contexto, salienta-se a necessidade de debater as alterações propostas pela atual PNAB - no que diz respeito à incorporação do ACS nas equipes, com a perspectiva de importantes rupturas das práticas de saúde nos territórios - e monitorar os resultados destas mudanças na saúde da população, especialmente àquela mais vulnerável.

As limitações deste estudo incluem um possível viés de seleção, considerando que a adesão das equipes ao PMAQ é uma decisão voluntária. A qualidade da visita domiciliar do agente pode ser ainda mais precária do que mostram os achados deste estudo, uma vez que equipes em condições de trabalho insuficientes ou precárias provavelmente não participaram do programa. Além disso, são necessárias pesquisas que avaliem a efetividade e o impacto da qualidade do processo de trabalho na saúde da população. Ainda, os achados desta pesquisa reforçam a necessidade de aumentar a qualidade das visitas domiciliares do ACS, a importância da organização do processo de trabalho das equipes e do processo de avaliação de indicadores para fomentar a qualidade da visita do agente e também a relevância deste profissional na promoção da equidade em saúde.

Sugere-se avançar na perspectiva da formação e da qualificação dos ACS, de forma a possibilitar reflexões sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, sobre o trabalho em equipe, sobre as concepções de família, de comunidade e território, sobre as concepções de liberdade e autonomia dos usuários e, por fim, sobre as políticas de saúde e seus objetivos. O lugar que o agente ocupa na equipe é outro ponto que deve ser problematizado, visando oportunizar uma participação mais reconhecida e valorizada<sup>(23)</sup>. Além disso, é fundamental o envolvimento da equipe de saúde da família – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional - na organização e direcionamento do processo de trabalho dos ACS.

No contexto da organização do processo de trabalho e do processo de avaliação para fomentar a qualidade do serviço, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro que se constituiu ao longo da história como um agente de mudanças no cuidado prestado na atenção básica, de modo que as ações de territorialização e de atenção à saúde sobressaem no processo de trabalho, com foco na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, atendendo às necessidades individuais e coletivas<sup>(16)</sup>, o que vai ao encontro da proposta do novo modelo assistencial. Diante das limitações e retrocessos que constam na nova PNAB<sup>(14)</sup>, como a flexibilização do número de ACS, cabe ao enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, o desafio de planejar e de gerenciar o cuidado na perspectiva do território, para ofertar às pessoas em todos os ciclos da vida uma atenção à saúde de qualidade, alcançar e promover os princípios do SUS e os atributos da atenção primária.

## Conclusão

O indicador composto de qualidade adequada da visita do ACS foi de 51,9% e a prevalência foi maior no Nordeste, em municípios menores, entre equipes com

definição de área de abrangência que realizavam avaliação de indicadores e da satisfação do usuário, que utilizavam critérios de risco e de vulnerabilidade para a definição do número de pessoas sob responsabilidade, sem população descoberta de ACS, entre usuários com condições crônicas e entre aqueles que tinham alguém com dificuldades de locomoção no domicílio. Estes resultados são essenciais nas práticas de gestão e no processo de trabalho do enfermeiro da ESF, sendo ele o supervisor do trabalho do ACS, líder da equipe na atenção básica e protagonista junto à equipe multidisciplinar, atuando em prol do fortalecimento e da qualidade da atenção primária à saúde.

## Referências

1. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, Silva SM, Fassa AG, Garcia LP, et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich MR, Takemi K, editors. *Governing Health Systems*. 1. ed. Brookline, MA: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36. <https://doi.org/10.4324/9781315230320>
2. Kessler M, Thumé E, Marmot M, Macinko J, Facchini LA, Nedel FB, et al. Family Health Strategy, Primary Health Care, and Social Inequalities in Mortality Among Older Adults in Bagé, Southern Brazil. *Am J Public Health*. 2021;111(5):927-36. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306146>
3. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saude Deb*. 2018;42(spe1):208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
4. Facchini LA, Tomasi E, Silveira DS, Fassa AG, Thumé E. Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde: Desafios teóricos e políticos da avaliação da Atenção Básica. In: Facchini LA, Tomasi E, Thumé, orgs. *Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018* [Internet]. São Leopoldo: Oikos; 2021 [cited 2023 Nov 03]. p. 22-66. Available from: [https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20\(1\).pdf](https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20(1).pdf)
5. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019 National Health Surveys. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 1):2543-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
6. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC).

- Cien Saude Colet. 2018;23(6):1903-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
7. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor Atenção Básica: cobertura da Atenção Básica [Homepage]. Brasília: MS; c2020 [cited 2019 Sep 20]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
8. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saude Deb. 2019;43(spe5):15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s502>
9. Broday GA, Kluthcovsky ACGC. Infant mortality and family health strategy in the 3rd health regional of Paraná, from 2005 to 2016. Rev Paul Pediatr. 2022;40:e2020122. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020122>
10. Carneiro VCCB, Oliveira PTR, Carneiro SR, Maciel MC, Pedroso JS. Impact of expansion of primary care in child health: a population-based panel study in municipalities in the Brazilian Amazon. BMJ Open. 2022;12(3):e048897. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048897>
11. Tavares GA, Ribeiro JB, Almeida-Santos MA, Sousa ACS, Barreto-Filho JAS. Cardiovascular health control in the family health strategy. Front Cardiovasc Med. 2022;9:933972. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.933972>
12. Pedraza DF, Silva AJM. Indicators of prenatal care received by Family Health Strategy users in cities of the State of Paraíba. ABCS Health Sci. 2021;46:e021214. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2019112.1371>
13. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Rev Saude Publica. 2017;51:67. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006802>
14. Ministério da Saúde (BR). 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]. 2017 Sept 22 [cited 2023 Nov 13]; 183 (seção 1):67-76. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
15. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190145. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
16. Toso BRGO, Fungueto L, Maraschin MS, Tonini NS. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saude Deb. 2021;45(130):666-80. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>
17. Dias MNF. O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Trab Necessário. 2022;20(43):1-27. <https://doi.org/10.22409/tn.v20i43.55269>
18. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cad Saude Publica. 2021;37(8):e00247820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>
19. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: MS; 2011 [cited 2023 Nov 03]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada) [Internet]. 3. ed. Brasília: MS; 2017 [cited 2023 Nov 03]. Available from: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/2o-ciclo/instrumentos-de-avaliacao-externa/instrumento\\_ae\\_sb.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/2o-ciclo/instrumentos-de-avaliacao-externa/instrumento_ae_sb.pdf)
21. Kessler M, Thumé E, Facchini LA, Tomasi E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. Cien Saude Colet. 2022;27(11):4253-63. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.17072021>
22. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. National Policy of Primary Healthcare 2017: implications in the work of the Community Health Worker. Saude Deb. 2020;44(124). <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>
23. Andrade VMP, Cardoso CL. Home visits by Community Health Agents: professionals' and users' conceptions. Psico-USF. 2017;22(1). <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220108>
24. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Community health worker: a core element of health actions. Cien Saude Colet. 2013;18(7). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>
25. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. Aps Em Rev. 2021;3(2):131-43. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2979 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 [Internet]. Brasília: MS; 2019 [cited 2023 Nov 03]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
27. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Situação da Estratégia Saúde da Família e Perspectivas da Avaliação

da APS no Brasil. In: Facchini LA, Tomasi E, Thumé, orgs. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018 [Internet]. São Leopoldo: Oikos; 2021 [cited 2023 Nov 03]. p. 166-85. Available from: [https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20\(1\).pdf](https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20(1).pdf)

28. De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 2):3781-6. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>

29. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1181-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

30. Melo DS, Silva ALA, Martelli PJL, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes ACG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2021;26(10):4569-78. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>

31. Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, org. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.

32. Nepomuceno RCA, Barreto ICHC, Frota AC, Ribeiro KG, Ellery AEL, Loiola FA, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. *Cien Saude Colet.* 2021;26(5):1637-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04162021>

33. Sousa JO, Almeida PF. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2023;33:e33044. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333044>

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Obtenção de dados:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Análise e interpretação dos dados:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi. **Análise estatística:** Marciane Kessler, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi. **Obtenção de financiamento:** Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Redação do manuscrito:** Marciane Kessler, Luiza Carolina Moro. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi. **Todos os autores aprovaram a versão final do texto.** **Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 03.11.2023  
Aceito: 20.07.2024

Editora Associada:  
Aline Aparecida Monroe

Autor correspondente:  
Marciane Kessler  
E-mail: [marcianekessler23@gmail.com](mailto:marcianekessler23@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-4778-8224>

**Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.