

Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados

Prevalence of not receiving a home visit by Community Health Agents in Brazil and associated factors

Marciane Kessler (<https://orcid.org/0000-0002-4778-8224>)^{1,3}

Elaine Thumé (<https://orcid.org/0000-0002-1169-8884>)²

Luiz Augusto Facchini (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>)^{2,3}

Elaine Tomasi (<https://orcid.org/0000-0001-7328-6044>)³

Abstract *This article aimed to identify the prevalence of not receiving a home visit by a community health agent (CHA) and the factors associated with it. This was a cross-sectional study, conducted with 38,865 health teams and 140,444 users in the entire country, who participated in the external evaluation of the Program of Access and Quality Improvement in Primary Health (PMAQ-AB, in Portuguese) in 2017/2018. The association between not receiving a home visit by a CHA and the characteristics of the towns, teams, and individuals were estimated by the prevalence ratio (PR) with 95% confidence intervals. The prevalence of not receiving a home visit by a CHA was 18.6% and the main causes were: CHA did not visit the home, lack of knowledge of the existence of CHAs in the neighborhood or unit, and no one present at the home when the CHA visited. The probability of receiving a home visit was higher in poorer regions like the Northeast Region of the country; in towns with a smaller population; among older age users with a lower income, users with chronic health conditions, or users who have someone with a physical disability at home. The results showed that there is a need to increase the coverage of CHA visits in the country, considering that their home visits improve equity in health care.*

Key words *Primary Health Care, Strategic Family Health, Community Health Agents, Health-care Equity, Access to Health Services*

Resumo *O objetivo do artigo é identificar a prevalência de não recebimento de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os fatores associados. Trata-se de um estudo transversal realizado com 38.865 equipes e 140.444 usuários em todo o território nacional, que participaram da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2017/2018. A associação de não recebimento de visita domiciliar por ACS e características dos municípios, equipes e indivíduos foi estimada pela razão de prevalência e intervalos de confiança de 95%. A prevalência de não recebimento de visita domiciliar pelo ACS foi de 18,6% e os principais motivos foram: ACS não realiza visita na casa, desconhecimento da existência de ACS no bairro ou unidade, e não tem ninguém em casa para atendê-lo. A probabilidade de receber visita domiciliar foi maior em regiões mais pobres como o Nordeste, em municípios com menor porte populacional, entre usuários com maior idade e menor renda, com condições crônicas de saúde ou que possuem alguém com dificuldade de locomoção no domicílio. Os resultados evidenciam a necessidade de aumento da cobertura de ACS no país, considerando que sua visita domiciliar promove equidade em saúde.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equidade em Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde*

¹ Curso de Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI Erechim). Av. Sete de Setembro 1621, Fátima. 99709-910 Erechim RS Brasil. marciane.kessler@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas RS Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel. Pelotas RS Brasil.

Introdução

No final da década de 80 teve início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma iniciativa das áreas mais pobres do Nordeste e outros locais como o Distrito Federal e São Paulo¹, e foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde (MS) como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991. O PACS teve a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde^{1,2} e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto³. O programa promoveu o incremento nas ações de educação em saúde e prevenção de doenças^{1,4}, o que possibilitou a melhoria de indicadores de saúde de morbidade e de mortalidade materna e infantil^{3,5}. O ACS era uma nova categoria de trabalhadores, formada por membros da comunidade, a serviço da própria comunidade¹ e contribuiu para a expansão e estruturação da atenção básica no país³. A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamentou a profissão de ACS e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do mesmo ano enunciou suas atribuições.

Inspirado no PACS, em 1994 o MS lançou o Programa Saúde da Família (PSF) que mais tarde se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de atenção básica; ela objetiva fortalecer este modelo de atenção e o desempenho do SUS no que diz respeito à atenção universal, integral, contínua e equitativa⁶⁻⁸, visando a prevenção de doenças, promoção de saúde, diagnóstico, tratamento precoce e reabilitação. A equipe da ESF é formada por um médico clínico geral, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, em conjunto com os ACS^{9,10}. Além disso, atua em uma área geográfica delimitada com população aproximada de 4.000 pessoas cadastradas e acompanhadas no território e a sua execução é de responsabilidade do governo municipal⁹⁻¹¹. Em contrapartida, as equipes de atenção básica tradicionais não possuem uma estrutura fixa de profissionais (possuem mais profissionais médicos, às vezes incluindo especialistas), não atendem a um número definido de famílias ou área geográfica e geralmente não incluem ACS⁹. O modelo tradicional possui foco em doenças específicas, oferece cuidados curativos e atua nas demandas emergentes, com pouca capacidade de resolver problemas de saúde relacionados à família e questões sociais⁹.

No cenário da ESF, os ACS fornecem suporte abrangente de atenção básica, ao visitar cada família uma vez por mês, independente da necessidade¹¹. A visita domiciliar (VD) é a atividade principal do ACS¹², a qual eles mesmos conferem maior importância e que compõem a sua rotina de trabalho¹³. Por meio da VD o ACS está capacitado a realizar e atualizar o cadastro da família, auxiliar a equipe de ESF a identificar áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhar pessoas doentes aos serviços, orientar a promoção e a proteção da saúde, acompanhar o tratamento e reabilitação das pessoas doentes orientadas pelas unidades de saúde, mobilizar a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde e notificar as doenças que necessitam de vigilância^{2,14}. Neste contexto, o ACS torna-se um elo entre a comunidade e os serviços de saúde e facilita a criação de vínculo entre usuários e profissionais^{2,12}.

O modelo de atenção da ESF, a constituição da equipe e as atribuições dos seus profissionais permitiram avanços na qualidade da atenção e na melhoria de indicadores de saúde da população^{7,8}. A expansão da ESF está associada à redução da mortalidade infantil¹⁵ e em idosos¹⁶, óbitos por doenças cardiovasculares¹⁷ e internações por condições sensíveis à atenção primária¹⁸; e aumentou a cobertura do pré-natal¹⁹, cuidados de saúde ao domicílio⁹, acesso à prevenção secundária²⁰, equidade em saúde, e melhoria do acesso e qualidade dos cuidados de saúde^{8,16}.

No entanto, alterações da PNAB em 2017 referentes à configuração das equipes da ESF podem tornar os ACS uma categoria profissional em extinção, não apenas pela redução no contingente de agentes vinculados a cada equipe, mas também pela descaracterização de suas atribuições^{3,21,22}. Estas questões podem descontinuar vínculos, articulações, acompanhamento, monitoramento, ações educativas e de prevenção, e fomentar iniquidades em saúde. Em 2020 existiam no país 43.456 equipes de ESF cadastradas, com cobertura de 63,9% da população. Essa cobertura é variável, sendo maior nas áreas rurais em comparação às urbanas e maior nas regiões e estados mais pobres do país²³, no intuito de reduzir as iniquidades em saúde. No mesmo ano, 257.770 ACS integravam a ESF, com uma cobertura de 61,1% da população do país; destacando que em 2014 existiam 269.000 ACS atuantes, com uma cobertura de 65,4%²³.

O estudo objetiva identificar a prevalência de não recebimento de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde nas equipes de aten-

ção básica e os fatores associados, no âmbito da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

Métodos

Este estudo teve delineamento transversal e foi um recorte da fase de avaliação externa das Equipes de Atenção Básicas (EAB) brasileiras que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB. O estudo foi coordenado por 37 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).

O instrumento de coleta de dados foi composto por seis módulos: I - observação na UBS, com questões sobre infraestrutura; II - entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da equipe de atenção primária e verificação de documentos na UBS; III - entrevista com usuário na unidade de saúde; IV - Entrevista com o profissional do NASF sobre o processo de trabalho destas equipes e verificação de documentos na UBS; V - observação das condições de infraestrutura, materiais, insumos UBS para Saúde Bucal; VI - entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal para avaliar o processo de trabalho e verificação de documentos na UBS. Para o presente estudo foram utilizadas as informações oriundas dos Módulos II e III²⁴.

O desfecho “não recebimento de visita domiciliar pelo ACS” foi investigado por meio da resposta negativa à pergunta aos usuários “O(A) senhor(a) recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua casa?” com resposta dicotômica (sim/não).

As variáveis de exposição utilizadas para verificar associação com o não recebimento de VD pelo ACS foram: dos municípios - 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), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)²⁵ classificado como muito baixo (0,00-0,499), baixo (0,500-0,599), médio (0,600-0,699), alto (0,700-0,799) e muito alto (0,800-1,000) e cobertura populacional da ESF (até 50%; 50,1%-75%; 75,1%-

99,9%; 100%); da equipe - população descoberta de ACS no território (sim; não); e do indivíduo - sexo (masculino; feminino), idade em anos completos (18-39; 40-59; 60 ou mais), cor da pele autorreferida (mestiça/parda/preta/outra e branca), quintis de renda familiar mensal *per capita* em reais (até 186,0; 186,1-300,0; 300,1-465,0; 465,1-750; 750,1 ou mais); condições crônicas 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).

Neste ciclo de avaliação do PMAQ, realizado em 2017/2018, foram incluídos 5.324 municípios, 28.939 unidades de atenção básica, 38.865 equipes e 140.444 usuários em todo o território nacional.

O questionário foi aplicado nas dependências da UBS, em data acordada com a gestão municipal, sendo o módulo II respondido por um profissional médico, enfermeiro ou dentista e o módulo III por usuários presentes na UBS no dia da avaliação externa, utilizando-se assim o processo de amostragem não probabilística para a seleção dos usuários. Foram excluídos os usuários com menos de 18 anos de idade, que estavam frequentando a unidade de saúde pela primeira vez ou que a frequentaram pela última vez há mais de 12 meses.

A coleta de dados foi realizada por cerca de mil entrevistadores e supervisores treinados em todas as Unidades da Federação, utilizando instrumento eletrônico em *tablets*, com envio automatizado ao MS. 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.

Realizaram-se análises descritivas e a prevalência do desfecho foi calculada de acordo com as características dos municípios, das equipes e dos indivíduos. A análise dos fatores associados foi realizada usando-se o teste qui-quadrado para heterogeneidade e teste de tendência linear. Em seguida utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância para estimar as razões de prevalências (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na análise

ajustada, utilizou-se modelo hierárquico, no qual foram incluídas no primeiro nível a variável região; no segundo nível as variáveis relacionadas aos municípios no terceiro nível, uma variável relacionada às equipes; no quarto, aquelas relacionadas às características demográficas e sociais dos indivíduos; 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 $p \geq 0,20$. A significância estatística foi verificada pelo teste de Wald e de heterogeneidade, considerando o nível de 5%. Para as análises foi utilizado o pacote estatístico Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

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 entrevistados, obteve-se informação para 139.362 usuários pertencentes a equipes com ACS (99,2%). Destes usuários, a maioria estava concentrada nas regiões Nordeste (37,3%) e Sudeste (33,4%); 40,0% residiam em municípios com até 30.000 habitantes e mais de metade (50,4%) em municípios com IDH classificado em muito baixo, baixo e médio; 45,1% residiam em municípios com 100% de cobertura da ESF e 40,0% pertenciam a equipes que referiram população descoberta de ACS. Dentre as características dos usuários, a maioria era do sexo feminino (78,4%), entre 18 e 59 anos (77,9%) e cor da pele parda, preta, amarela ou indígena (68,1%). A renda *per capita* média foi de R\$ 535,80; 28,3% dos usuários referiram ser hipertensos ou diabéticos e 9,1% tinham ambas as condições; e 7,8% referiram ter alguém com dificuldade de locomoção na casa onde residem (Tabela 1).

A prevalência de não recebimento de VD do ACS foi de 18,6% (IC95% 18,4-18,8) (Tabela 2). Quanto aos motivos, 52,0% dos usuários referiram que o ACS da área não realiza visita na casa; 26,0% não sabiam da existência de ACS no bairro ou unidade e 10,9% referiram que durante o horário de trabalho do ACS não tem ninguém em casa para atendê-lo (Figura 1).

De acordo com a análise bruta, a probabilidade de não recebimento de VD do ACS foi significativamente maior em todas as regiões quando comparadas à região Nordeste, nos municípios com maior porte populacional, maior IDH-M, entre os usuários de municípios com cobertura de ESF menor de 100%, entre os usuários de equipes que possuem população descoberta de ACS, entre usuários do sexo masculino, mais jovens, mais ricos, entre aqueles usuários que não possuem problema de saúde e quando não há indivíduo no domicílio com dificuldades de locomoção (Tabela 2).

Na análise ajustada segundo modelo hierárquico, as regiões Sul, Centro-Oeste e Norte apresentaram de 43% a 48% maior probabilidade de não receber VD do ACS, comparado à região Nordeste. Os usuários dos municípios de maior porte populacional e com menor cobertura de ESF apresentaram maior probabilidade de não receber VD do ACS, com tendência linear de aumento desta probabilidade conforme aumento do porte populacional e redução da cobertura de ESF. Usuários das equipes que referiram ter população descoberta de ACS na área de atuação apresentaram 74% maior probabilidade de não receber VD do ACS (Tabela 2).

A probabilidade de não recebimento de VD do ACS foi 17% maior entre os usuários do sexo feminino comparado ao masculino; 28% e 13% maior entre os usuários de 18 a 39 e de 40 a 59 anos de idade, comparado aos idosos; 14% maior entre os mais ricos, comparado aos mais pobres; 8% maior entre os usuários sem condição crônica, comparado àqueles com duas condições crônicas (hipertensão e diabetes); e 17% maior probabilidade quando o entrevistado relatou não ter alguém em casa com dificuldade de locomoção (Tabela 2).

Discussão

Este é um dos primeiros trabalhos dedicados a avaliar a prevalência de não recebimento de VD do ACS nas equipes de atenção básica em todo o Brasil, e investigar as diferenças regionais, municipais, sociodemográficas e de saúde. Os resultados evidenciaram uma prevalência considerável de não recebimento de VD do ACS entre os usuários regulares de equipes que relataram a presença deste profissional. Este achado é similar ao observado por Giovanella *et al.*²⁶ em estudo recente realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019.

Tabela 1. Distribuição da amostra de usuários conforme características dos municípios, das equipes e dos indivíduos. PMAQ Ciclo III, Brasil, 2017/2018.

Variável	Total da amostra	
	n=139.362	100,0%
Características dos municípios		
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
IDHM		
0,000-0,499	443	0,32
0,500-0,599	25.876	18,6
0,600-0,699	43.857	31,5
0,700-0,799	56.537	40,6
0,800-1,000	12.621	9,1
Cobertura de saúde da família (%)		
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
Características da equipe		
Existe população descoberta de ACS		
Sim	55.478	39,8
Não	83.884	60,2

continua

Tabela 1. Distribuição da amostra de usuários conforme características dos municípios, das equipes e dos indivíduos. PMAQ Ciclo III, Brasil, 2017/2018.

Variável	Total da amostra	
	n=139.362	100,0%
Características individuais		
Sexo		
Feminino	09.294	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
Cor da pele		
Branca	43.937	31,9
Mestiça/Parda/Preta/Outra	93.645	68,1
Renda per capita (Reais)		
Quintil 1 (+pobres)	28.168	20,2
2	29.409	21,1
3	26.741	19,2
4	29.348	21,1
Quintil 5 (+ricos)	25.608	18,4
Condição Crônica		
Nenhuma	86.779	62,6
HAS ou DM	39.276	28,3
HAS e DM	12.613	9,1
Alguém com dificuldade de locomoção na casa		
Sim	10.878	7,8
Não	128.342	92,2
Gravidez nos últimos 2 anos		
Sim	20.953	19,2
Não	88.358	80,8
Possui filho(a) de até 2 anos de idade		
Sim	15.621	11,2
Não	123.521	88,8

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Fonte: Autores.

O não recebimento da visita do ACS pode estar relacionado com o número insuficiente destes profissionais nas equipes e no território. Destaca-se que 40% dos usuários entrevistados estão vinculados a equipes com população descoberta de ACS. Em estudo nacional realizado com dados da PNS observou-se um aumento da proporção de domicílios que nunca receberam VD de ACS nos 12 meses anteriores à pesquisa, de 17,7% em 2013 para 23,8% em 2019. A proporção de domicílios que referiram visita mensal do ACS no último ano, reduziu de 47,2% em 2013 para 38,4% em 2019²⁶.

As equipes de saúde participantes da pesquisa são em sua grande maioria equipes com ESF^{27,28} e, portanto, esperar-se-ia uma equipe completa de saúde da família com uma cobertura de 100% de ACS no território. A VD do ACS às famílias sob sua responsabilidade é um dos elementos centrais que caracterizam a ESF. Esta deve ocorrer de forma rotineira e estar orientada para as necessidades e demandas das famílias e territórios²⁶, com criação de vínculo, responsabilidade sanitária e cuidado centrado na pessoa e não na doença³.

A baixa cobertura já pode ser um reflexo da PNAB de 2017, que propõe a não obrigatoriedade

Tabela 2. Prevalência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC95%) de não recebimento de visita domiciliar pelo ACS, conforme características dos municípios, das equipes e dos indivíduos. PMAQ Ciclo III, Brasil, 2017/2018 (n=137.874).

Variável	Prevalência	RP não ajustada*		RP ajustada*	
	%	RP	IC95%	RP	IC95%
Nível 1	18,6				
Região			<0,001	-	-
Nordeste	15,7	1,00		-	-
Norte	22,5	1,43	1,37-1,49	-	-
Centro-Oeste	23,3	1,48	1,42-1,54	-	-
Sudeste	18,2	1,16	1,12-1,19	-	-
Sul	22,5	1,43	1,38-1,48	-	-
Nível 2					
Porte do município (habitantes)			<0,001		<0,001
Até 10.000	11,1	1,00	-	1,00	-
10.001-30.000	13,3	1,20	1,15-1,26	1,16	1,10-1,22
30.001-100.000	17,9	1,61	1,54-1,69	1,34	1,27-1,41
100.001-300.000	23,8	2,15	2,04-2,25	1,60	1,51-1,69
Mais de 300.000	26,9	2,43	2,32-2,54	1,80	1,70-1,91
IDH-M			<0,001		0,219
0,000-0,499	13,8	1,00	-	1,0	-
0,500-0,599	12,7	0,92	0,73-1,16	1,07	0,85-1,35
0,600-0,699	15,5	1,12	0,89-1,42	1,13	0,90-1,42
0,700-0,799	22,4	1,62	1,29-2,05	1,18	0,93-1,49
0,800-1,000	24,3	1,76	1,39-2,23	1,07	0,84-1,36
Cobertura de saúde da família (%)			<0,001		<0,001
100,0	12,3	1,00		1,0	
75,1-99,9	20,9	1,70	1,65-1,75	1,41	1,36-1,46
50,1-75,0	25,9	2,11	2,05-2,18	1,60	1,53-1,66
Até 50	25,1	2,04	1,98-2,11	1,45	1,38-1,51
Nível 3					
Existe população descoberta de ACS			<0,001		<0,001
Não	13,2	1,00		1,0	
Sim	26,8	2,03	1,98-2,07	1,74	1,70-1,78

continua

do ACS na composição das equipes ou a redução do número deste profissional, além de não priorizar a ESF como modelo de APS do ponto de vista da indução financeira²¹. Quando a PNAB permite a composição de equipes sem ACS ou com um número reduzido, a política acaba por flexibilizar a cobertura e reduzir o recebimento de VD, o que enfraquece bases importantes da ESF, como as ações educativas e de promoção da saúde, a concepção de saúde na comunidade e sua determinação social^{3,29}. Este cenário reforça a concepção de atenção primária seletiva, enfraquece a perspectiva de substituição do modelo de atenção e de ordenamento da rede a partir da atenção básica³.

A redução do número de ACS nas equipes é um retrocesso em relação aos princípios e diretrizes da ESF, indicando sua substituição por modelo de atenção básica tradicional^{3,30}. Estudiosos da área destacam que a garantia de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e ACS em todo o território nacional é essencial para a universalização da ESF, para a efetivação dos seus princípios e atributos e para a qualidade da atenção à saúde⁸. Os efeitos positivos da ESF sobre indicadores epidemiológicos evidenciados pela literatura certamente não seriam possíveis sem a presença do ACS junto às famílias no território de atuação³¹.

Tabela 2. Prevalência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC95%) de não recebimento de visita domiciliar pelo ACS, conforme características dos municípios, das equipes e dos indivíduos. PMAQ Ciclo III, Brasil, 2017/2018 (n=137.874).

Variável	Prevalência	RP não ajustada*		RP ajustada*	
	%	RP	IC95%	RP	IC95%
Nível 4					
Sexo			<0,001		<0,001
Masculino	16,1	1,00		1,0	
Feminino	19,2	1,19	1,16-1,23	1,17	1,13-1,20
Idade (anos)			<0,001		<0,001
60 ou mais	16,7	1,00		1,0	
40-59	18,1	1,08	1,05-1,12	1,13	1,10-1,17
18-39	19,9	1,19	1,15-1,22	1,28	1,24-1,32
Cor da pele/etnia			0,237		-
Branca	18,8	1,00		-	
Mestiça/Parda/Preta/Outra	18,5	0,98	0,96-1,01	-	-
Renda per capita (Reais)			<0,001		<0,001
Quartil 1 (+pobres)	16,6	1,00		1,0	
2	18,3	1,11	1,07-1,15	1,03	0,99-1,07
3	18,7	1,13	1,09-1,17	1,05	1,01-1,09
4	19,2	1,16	1,12-1,20	1,07	1,03-1,11
Quartil 5 (+ricos)	20,2	1,22	1,18-1,27	1,14	1,10-1,19
Nível 5					
Condição Crônica			<0,001		0,001
HAS e DM	17,2	1,00		1,0	
HAS ou DM	17,5	1,02	0,97-1,06	1,03	0,99-1,08
Nenhuma	19,2	1,11	1,07-1,16	1,08	1,03-1,13
Alguém com dificuldade de locomoção na casa			<0,001		<0,001
Sim	16,1	1,00		1,0	
Não	18,8	1,16	1,11-1,22	1,17	1,12-1,22
Gravidez nos últimos 2 anos			0,282		-
Sim	19,5	1,00		-	
Não	19,2	0,98	0,95-1,01	-	-
Possuir filho(a) de até 2 anos de idade			0,604		-
Sim	18,7	1,00		-	
Não	18,5	0,99	0,96-1,02	-	-

*Regressão de Poisson.

Fonte: Autores.

Além da redução do número destes profissionais, os ACS enfrentam sobrecarga de trabalho em detrimento da complexidade de atividades desenvolvidas e atribuição de atividades que estão fora de seu escopo de atuação, o que pode limitar o tempo para a realização de visitas domiciliares^{13,22,32,33}. O trabalho do ACS tem-se voltado muitas vezes a tarefas burocratizadas e de apoio às unidades de saúde, como por exemplo, separação de prontuários dos usuários, recepção e acolhimento, organização de filas, realização de

chamadas telefônicas e até mesmo atividades de limpeza, consideradas como um desvio de função pelo próprio ACS¹³.

A literatura tem evidenciado as diversas funções, fortalezas e contribuições do trabalho do ACS no território^{3,12,26,31-33}, entretanto, ele tem perdido algumas atribuições, como o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, consolidando o compromisso com atividades fragmentadas, por exemplo cadastrar as pessoas da microárea³. Estudo nacional mostrou fragi-

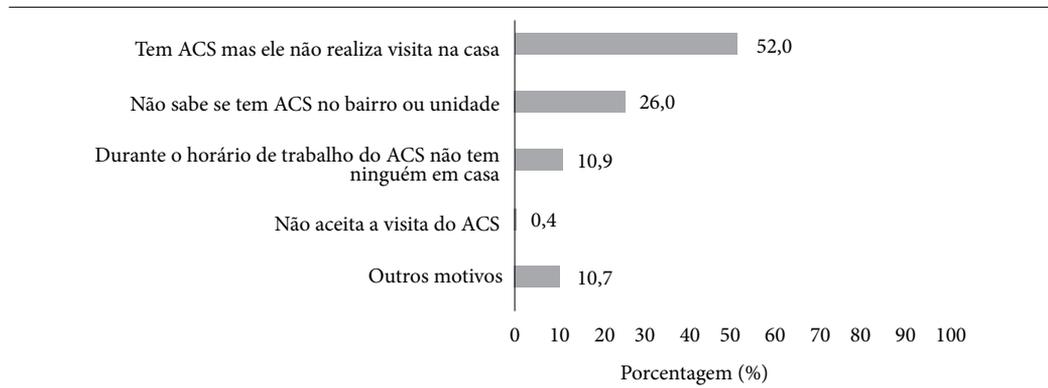


Figura 1. Prevalência de motivos de não recebimento de visita domiciliar. PMAQ Ciclo III, Brasil, 2017/2018.

Fonte: Autores.

lidades relacionadas ao mapeamento dos territórios na ESF, com negligência em relação ao contexto social, pois 84% das equipes utilizavam mapas para delimitação de seu território, mas apenas 6% dos estudados apontavam as condições socioeconômicas das áreas sob sua responsabilidade sanitária³⁴. Outro estudo nacional chamou atenção para a pequena proporção de verificação das condições ambientais no domicílio, de acompanhamento das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família e da busca ativa de faltosos pelo ACS, indicando que a organização do processo de trabalho das equipes pode estar comprometida³¹.

Para piorar este cenário, a PNAB de 2017 apresenta uma proposta de atribuições para o ACS²¹ que descaracterizam a natureza do seu trabalho educativo²², possibilitando o aumento de suas atribuições, como por exemplo, unificar suas ações com as dos agentes de endemias e, ainda, facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, como aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos³⁵. Estudo de Silva *et al.*²² evidenciou que os próprios ACS reconhecem a centralidade educativa do seu trabalho e compreendem que a incorporação de atribuições da área clínica produzirá uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde e a realização de procedimentos considerados curativos, até então atribuídos aos técnicos em enfermagem.

A proposta de redução do número de ACS por equipe, juntamente com as alterações significativas no que tange às atribuições²¹ e à formação dos ACS³⁶, refletem a ideia de que o ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos e de que ele é pouco resolutivo, supondo que, para manter-se pertinente, o ACS deve assumir atribuições do campo clínico³. Estas propostas reforçam a noção de resolutividade e efetividade apoiada na concepção clínica e de procedimentos, pilares do modelo biomédico de atenção à saúde³.

Os resultados desta pesquisa também evidenciam que a VD do ACS promove a equidade em saúde, uma vez que sua prevalência é maior em regiões mais pobres como o Nordeste, em municípios com menor porte populacional, entre usuários com maior idade e menor renda, com condições crônicas de saúde ou que possuem alguém com dificuldade de locomoção no domicílio. A contribuição do trabalho dos ACS e da equipe de ESF na melhoria de indicadores de saúde e na promoção da equidade em saúde é amplamente reconhecida e divulgada na literatura^{5,8,9,12,16,26,37}.

Um estudo internacional de revisão sistemática³⁷ evidenciou que programas de ACS promovem a equidade de acesso à saúde, reduzindo as desigualdades relacionadas com o local de residência, gênero, educação e posição socioeconômica. Os fatores que promoveram maior equidade incluem a proximidade dos serviços com as famílias, relacionamento social com os ACS,

prestação de serviços domiciliares, prestação de serviços gratuitos, atenção às famílias pobres, sensibilização e mobilização da comunidade³⁷. Estudo nacional mostrou que a adscrição familiar (atribuição do ACS) esteve positivamente associada com referir a ESF como uma fonte usual de cuidado, como um meio de alcançar a longitudinalidade na atenção e essa associação foi mais forte nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste)³⁸. Neste sentido, estudos vêm discutindo as implicações das mudanças propostas pela PNAB de 2017 no cuidado à saúde da população, com provável aumento das desigualdades no acesso e na garantia da integralidade do cuidado^{3,39}.

Diante do atual contexto, salienta-se a necessidade de debater as alterações propostas pela PNAB e monitorar os impactos destas mudanças na saúde da população, especialmente de suas parcelas mais vulneráveis. É preciso destacar que os resultados encontrados neste estudo são mais uma evidência da importância do ACS como integrante da equipe e atuante na comunidade, desenvolvendo um trabalho de natureza educativa por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde. A formação e qualificação do ACS é essencial e deve agregar para um trabalho de qualidade junto às famílias na comunidade, e não atribuir novas funções que já competem a outros profissionais da ESF, o que muda completamente a natureza do seu escopo de atuação.

Permanece ainda como desafio a redução de vínculos precários devido à recente modificação da legislação trabalhista que aponta para a redução de direitos e a ampliação da insegurança no trabalho³. Além disso, o piso salarial permanece como pauta estratégica do movimento organizado de ACS, que guarda relação com as restrições financeiras que afetam os municípios e que tendem a se ampliar com o congelamento do orçamento público durante 20 anos^{3,29}. Estudos destacam que

a atuação bem-sucedida do ACS é aquela baseada em necessidades locais, gestão eficaz, motivação, financiamento, apoio material, supervisão, educação permanente e formação técnica condizentes com a sua prática profissional^{3,12}.

Uma das limitações do estudo é que não houve definição do período recordatório para a investigação do desfecho nem uma pergunta sobre a frequência com que recebe VD pelo ACS. Existe dificuldade de comparação com dados coletados nos ciclos I e II do PMAQ, devido a modificações realizadas nos instrumentos de avaliação externa. Além disso, não se pode descartar o viés de seleção, tendo em vista que a adesão das equipes ao PMAQ foi voluntária, apesar do Ciclo III do Programa, realizado em 2017/2018, contar com adesão quase universal. Ainda, a inclusão dos usuários entrevistados ocorreu por amostragem não probabilística. Entretanto, destaca-se o ineditismo do estudo, com amostra abrangente de usuários da rede de atenção básica de todo o país.

Com este estudo, podemos concluir que há uma considerável prevalência de não recebimento de VD do ACS entre os usuários regulares de equipes que relataram a presença deste profissional. Destaca-se que a presença do ACS na equipe é fundamental para a consolidação dos princípios do SUS e dos atributos da atenção primária e da ESF. A atuação do ACS junto à família na comunidade fortalece o cuidado, o vínculo e a articulação do usuário com o serviço, com os profissionais e com as ações educativas e de promoção da saúde direcionadas ao contexto social. Além disso, os resultados desta pesquisa agregam evidências sobre o papel da VD do ACS na promoção da equidade em saúde, oferecendo acesso a usuários e famílias com maior vulnerabilidade social, piores condições de saúde e famílias com gestantes e crianças. Sugere-se a realização de estudos sobre a qualidade da VD realizada pelo ACS entre os usuários que a recebem.

Colaboradores

M Kessler, E Thumé, LA Facchini e E Tomasi participaram da concepção, delineamento, análise, redação do artigo e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada.

Agradecimentos

Ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde pelo financiamento e disponibilidade dos dados.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégia Saúde da Família (ESF). Agente Comunitário de Saúde* [Internet]. 2021 [acessado 2020 jan 13]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: MS; 2000.
3. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):261-274.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília: MS; 2001.
5. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1915-1928.
6. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195):345-356.
7. Facchini LA, Nunes B, Silva S, Fassa A, Garcia L, Thumé E, Tomasi E. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich MR, Takemi K. *Governing Health Systems for Nations and Communities Around the World*. 1ª ed. Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-236.
8. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):208-223.
9. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Health* 2011; 101(5):868-874.
10. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
11. Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, De Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS One* 2018; 13(8):e0201723.
12. 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.
13. Ramos M, Morosini M, Fonseca A. *Processo de Trabalho Dos Técnicos Em Saúde Na Perspectiva Dos Saberes, Práticas e Competências*. Rio de Janeiro: OPAS, Fiocruz; 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
15. Macinko J, Guanais FC, Souza MDFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.

16. Kessler M, Thumé E, Marmot M, Macinko J, Facchini LA, Nedel FB, Wachs LS, Volz PM, Oliveira C. 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):927-936.
17. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349(5):g4014-g4014.
18. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1041-1052.
19. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):787-796.
20. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, Tomasi E, Lima RCD, Chalupowski MN, Rebbeck TR, Facchini LA. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program. *Health Syst Reform* 2018; 4(1):42-55.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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*; 2017.
22. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saude Debate* 2020; 44(124):58-69.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *e-Gestor Atenção Básica: cobertura da Atenção Básica* [Internet]. 2020 [acessado 2021 jan 13]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada)*. Brasília: MS; 2017.
25. AtlasBR. *Ranking. Atlas Brasil* [Internet]. [acessado 2021 jan 13]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>.
26. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
27. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2015; 15(2):171-180.
28. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Nunes BP, Volz PM, Santos AA, França SM, Bender JD, Piccinini T, Facchini LA. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(2):e2017389.
29. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(116):11-24.
30. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.
31. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 2):127-144.
32. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm* 2014; 16(1):161-169.
33. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas RWJF, Ribeiro KG, Vieira-Meyer APGF, Andrade LOM. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):114-129.
34. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. *Saude Debate* 2014; 38(n. esp.):52-68.
35. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):38-51.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica Para Agentes de Saúde - Profags. *Diário Oficial da União*; 2018.
37. McCollum R, Gomez W, Theobald S, Taegtmeier M. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. *BMC Public Health* 2016; 16:419.
38. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: Data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15:151.
39. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF, Tomasi E. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):12-14.

Artigo apresentado em 24/08/2021

Aprovado em 30/06/2022

Versão final apresentada em 02/07/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

