

ARTIGO ORIGINAL



Características da visita domiciliar no Brasil: análise de ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB

Characteristics of house calls in Brazil: analysis of PMAQ-AB external evaluation cycles

Luan Henrique Honório Rocha^I , Ana Graziela Araujo Ribeiro^{II} , Vanessa Almeida Silva^I , Francenilde Silva de Sousa^{II} , Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz^{II}

^IUniversidade Federal do Maranhão, Departamento de Medicina – São Luís (MA), Brasil.

^{II}Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – São Luís (MA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar características da visita domiciliar (VD) no Brasil em 2012 e 2017. **Métodos:** Estudo ecológico com dados em painel cujas unidades de análise foram as equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde no Brasil, participantes do 1º e 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Foram realizadas análises descritivas, inferenciais e espaciais ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Houve aumento na proporção de equipes que realizavam visita domiciliar com periodicidade definida a partir da análise de risco e vulnerabilidade e na de busca ativa de pessoas com sintomas respiratórios e de mulheres com exame citopatológico atrasado e alterado. Nordeste, Sudeste e Sul foram as regiões com maior concentração de equipes que realizavam a VD e faziam busca ativa. **Conclusão:** A manutenção e qualificação das VD deve ser uma prioridade no Brasil, uma vez que poucos são os países no mundo com tamanha capilaridade dos serviços de saúde, alcançando os domicílios de milhões de pessoas.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Serviços de saúde. Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde.

AUTORA CORRESPONDENTE: Francenilde Silva de Sousa. Rua Barão de Itapari, 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís (MA), Brasil. E-mail: francenilde.sousa@discente.ufma.br

CONFLITO DE INTERESSES: nada a declarar

COMO CITAR ESSE ARTIGO: Rocha LHH, Ribeiro AGA, Silva VA, Sousa FS, Thomaz EBAF. Características da visita domiciliar no Brasil: análise de ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB. Rev Bras Epidemiol. 2024; 27: e240007. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240007.2>

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 26/06/2023

Revisado em: 25/11/2023

Aceito em: 29/11/2023



INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), idealizada em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), é uma das ações mais fortes para consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como objetivo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários, com ênfase na família como núcleo central da atenção. Dentre os serviços ofertados que contribuem para essa estratégia atingir seus objetivos, há a Visita Domiciliar (VD)^{1,2}.

A VD permite o cuidado à saúde de forma mais humana e acolhedora, aproximando o profissional da comunidade, criando um vínculo afetivo entre as partes envolvidas e ampliando o acesso da população às ações da saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio de cada família. Dessa forma, é possível conseguir maior efetividade de ações que envolvam o cuidado do indivíduo e da família³. Portanto, a visita possui uma grande importância por permitir que os profissionais prestem assistência, levantem dados sobre condições de habitação e apliquem medidas de controle das doenças transmissíveis ou parasitárias. Isso contribui para a educação em saúde e o empoderamento da comunidade⁴.

No cenário internacional, a visita domiciliar possui sentido similar ao do Brasil, o de prestar cuidados à saúde ao usuário e familiares, permitindo aproximação dos profissionais com a comunidade. Inclusive, existem estudos que descrevem cuidados específicos ofertados durante essas visitas em outros países, tais como na dieta de usuários, em estímulos para a melhoria da saúde física e psicossocial de idosos e acompanhamento pós-natal de puérperas⁵⁻⁷.

No Brasil, há evidências de que em locais onde a VD é realizada de forma adequada, há maiores taxas de início precoce das consultas pré-natais, de realização de seis ou mais consultas pré-natais, vacinação, exames, suplementação vitamínica e orientações às gestantes, de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê⁸⁻¹¹, além de aumentar a satisfação dos usuários com a APS¹⁰ e reduzir internações hospitalares^{11,12}. A visita reduz dúvidas, medos e ansiedades da mulher em relação ao pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança. A presença de enfermeiros e médicos nessas visitas reduz a prevalência de problemas relacionados ao sofrimento psíquico e qualifica os exames físicos da mulher e da criança^{11,13}.

No entanto, uma ferramenta capaz de organizar o processo de trabalho dos profissionais durante a visita domiciliar ainda não foi desenvolvida/implementada nos serviços de APS do Brasil. Dessa forma, pode haver diferentes formatos de visita domiciliar, e um protocolo poderia apoiar esses profissionais. Em algumas equipes, a visita domiciliar pode ser feita somente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), enquanto outras incluem mais profissionais da equipe. As visitas também podem diferir quanto à utilização ou não de protocolos que levem em consideração a vulnerabilidade das pessoas no território, bem como a utilização ou não de ferramentas de planejamento e monitoramento dos usuários¹⁴⁻¹⁶.

Assim, diante da inexistência de um padrão de qualidade para as visitas domiciliares no Brasil, não se sabe como essas visitas têm sido realizadas no cotidiano dos serviços de atenção domiciliar. Os estudos identificados são restritos a alguns municípios dos estados, simulando condições controladas de visita domiciliar em ensaios comunitários, ou são revisões da literatura, com análise histórica das práticas de visita domiciliar no contexto pré e pós Sistema Único de Saúde (SUS)^{10,11,17,18}.

Os estudos identificados não fazem uma análise de características relacionadas aos protocolos de visita e não analisam o perfil dos profissionais envolvidos, nem o uso de ferramentas de planejamento das ações de acordo com a vulnerabilidade dos usuários nos territórios⁹⁻¹¹. Diante disso, este estudo analisou as características das visitas domiciliares no Brasil, em dois momentos: 2012 e 2017.

MÉTODOS

Este é um estudo ecológico, com dados em painel e abordagem espaço-temporal. As unidades de análise foram as equipes de Saúde da Família e Parametrizadas (padronizamos o termo equipes de saúde da APS) no Brasil, participantes do 1º e 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (PMAQ-AB). Para as análises espaciais, os dados foram agregados para o nível das regiões de saúde. A redação do estudo seguiu recomendações do STROBE¹⁹.

O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2012, concomitantemente ao censo das UBS, no qual foi examinado infraestrutura, equipamentos, instalações, recursos humanos e materiais dessas unidades. O segundo e terceiro ciclos do programa, realizados nos anos 2014 e 2017, respectivamente, foram direcionados para as unidades de saúde e equipes que aderiram ao programa^{20,21}.

As avaliações do PMAQ-AB foram encomendadas pelo Ministério da Saúde e conduzidas por um consórcio formado por várias universidades e centros de pesquisa brasileiros. O trabalho de campo foi realizado por profissionais de saúde e avaliadores capacitados pelo Ministério da Saúde. O instrumento de avaliação utilizado foi organizado em seis módulos estruturados dentro de quatro grandes aspectos: organização dos serviços; gestão do trabalho, assistência à saúde; e a satisfação dos usuários^{22,23}.

Para este estudo, foram considerados dados dos 1º e 3º ciclos referentes ao processo de trabalho das equipes de saúde da APS que pudessem ser associadas à visita domiciliar (módulo 2). Os microdados foram obtidos das bases do Ministério da Saúde, disponíveis ao público em meio eletrônico: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Para confecção dos mapas, utilizou-se dados do Sistema de Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Do PMAQ-AB, foram consideradas as seguintes variáveis:

1. A equipe realiza visita domiciliar?;
2. Além dos ACS, outros profissionais participam?;
3. A equipe faz busca ativa de puérperas?;

4. A equipe faz busca ativa de sintomáticos respiratórios?;
5. A equipe faz busca ativa de gestantes, hipertensos e faltosos?;
6. A equipe faz busca ativa de mulheres com exame citopatológico atrasado?;
7. A equipe faz busca ativa de mulheres com citopatológico alterado?;
8. A equipe faz visita domiciliar com periodicidade definida a partir da análise de risco e vulnerabilidade?;
9. A equipe organiza a demanda de cuidados domiciliares?

As possibilidades de respostas eram sim ou não para todas as perguntas.

Algumas perguntas necessitaram de adaptações a fim de promover uma compatibilidade entre as variáveis de ambos os ciclos. No ciclo 3, foi considerada como equipe que não realiza visita domiciliar aquela que respondeu que “não faz visita” à pergunta “a equipe realiza visita domiciliar com periodicidade distinta?”. No ciclo 1, foram agrupadas as perguntas envolvendo busca ativa no território de diabéticos, hipertensos e gestantes faltosos, a fim de equivaler a pergunta “realização de busca ativa de faltosos ou abandono de tratamento” do ciclo 3. A “organização da demanda para atendimentos domiciliares” foi a pergunta avaliada no terceiro ciclo, comparando com o primeiro por meio da pergunta “a equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitem receber cuidados no domicílio?”.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, com estimação de frequências absolutas, percentuais e intervalos de confiança para as variáveis categóricas, bem como médias e desvios-padrão para as variáveis numéricas.

Ainda foi realizada análise espacial para descrever a distribuição espacial das variáveis nas unidades federativas para ambos os ciclos do PMAQ-AB. Nessa análise, a agregação espacial foi realizada por município (proporção de respostas adequadas por município) e sumarizada por meio

de médias. Foram elaborados mapas coropléticos, nos quais as variáveis foram classificadas em uma escala de 5 níveis: 0–24,99%; 25–49,99%; 50–74,99%; 75–100%; e sem informação (municípios que não tinham informação para a variável).

Mapas de Kernel foram elaborados. Este é um método simplificado para obter a estimativa de intensidade de um fenômeno em determinada área por meio da densidade de Kernel. Dessa forma, é possível obter uma visão geral da intensidade da variável analisada nas regiões do mapa. As variáveis foram também classificadas em uma escala de 5 níveis (muito baixa, baixa, média, alta e muito alta), variando de cores mais frias para cores mais quentes, conforme o grau de intensidade do fenômeno²⁴.

As análises foram realizadas por meio dos *softwares* Stata® (versão 14) e QGIS® (versão 3.16.9). Foram apresentadas as frequências absoluta e relativa, acompanhadas dos seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP HUUFMA), sob CAEE nº 92281818.9.1001.5086.

RESULTADOS

Foram 17.203 equipes de saúde da APS contratualizadas participantes do primeiro ciclo e 38.865 equipes do terceiro. Mais de 98% das equipes informaram realizar visita domiciliar em ambos os ciclos. Houve aumento na proporção de equipes que realizavam visita domiciliar com periodicidade definida a partir da análise de risco e vulnerabilidade, de 92,9% (92,5–93,3) para 98,4% (98,2–98,5). Também houve aumento na proporção de equipes que faziam busca ativa de pessoas com sintomáticos respiratórios, de 77,7% (77,1–78,3) para 79,9% (79,5–80,3), e de mulheres com exame citopatológico atrasado e alterado, de 75,7% (75,1–76,4) para 86,2% (85,8–86,5) e de 86,7% (86,1–87,2) para 96,8% (96,6–97,0), respectivamente (Tabela 1).

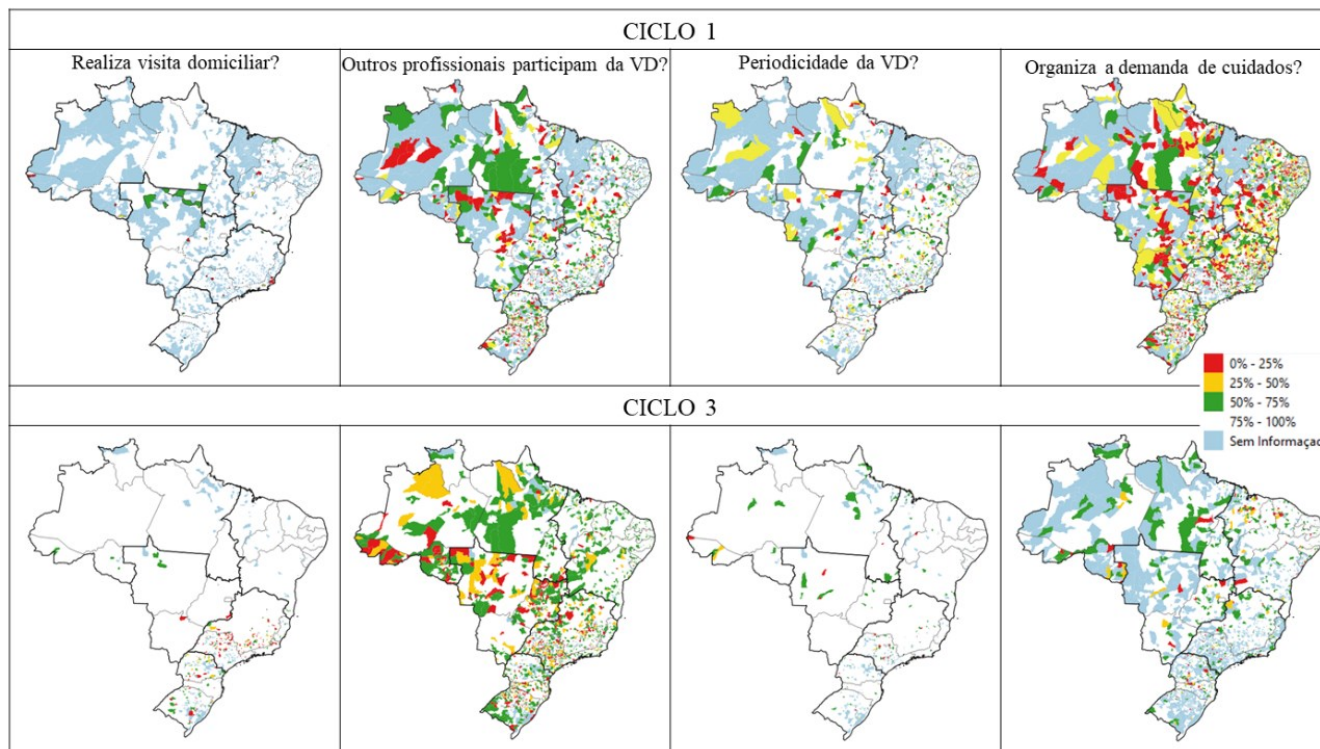
Tabela 1. Mudanças nas características da visita domiciliar entre os ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB. Brasil, 2012 e 2017.

Características da visita domiciliar	Ciclo 1 (17.203 equipes de saúde da APS)			Ciclo 3 (38.865 equipes de saúde da APS)		
	n*	%†	IC95%‡	n*	%†	IC95%‡
A equipe realiza visita domiciliar	17.132	99,6	99,5–99,7	36.702	98,3	98,1–98,4
Além dos ACS, outros profissionais participam da visita	14.214	82,6	82,0–83,2	29.025	77,7	77,3–78,1
A equipe faz busca ativa de gestantes, hipertensos e faltosos	16.537	96,1	95,8–96,4	29.855	79,9	79,5–80,3
A equipe faz busca ativa de sintomáticos respiratórios	13.370	77,7	77,1–78,3	29.833	79,9	79,5–80,3
A equipe faz busca ativa de puérperas	15.447	89,8	89,3–90,2	33.391	89,4	89,1–89,7
A equipe faz busca ativa de mulheres com exame citopatológico atrasado	13.026	75,7	75,1–76,4	32.199	86,2	85,8–86,5
A equipe faz busca ativa de mulheres com exame citopatológico alterado	14.909	86,7	86,1–87,2	36.149	96,8	96,6–97,0
A equipe faz visita domiciliar com periodicidade definida a partir da análise de risco e vulnerabilidade	15.981	92,9	92,5–93,3	36.739	98,4	98,2–98,5
A equipe organiza a demanda de cuidados domiciliares	12.105	70,4	69,7–71,0	24.967	66,8	66,4–67,3

*Número absoluto de equipes de saúde da APS; †Porcentagem de equipes de saúde da APS; ‡Intervalo de confiança de 95%. APS: Atenção Primária à Saúde.

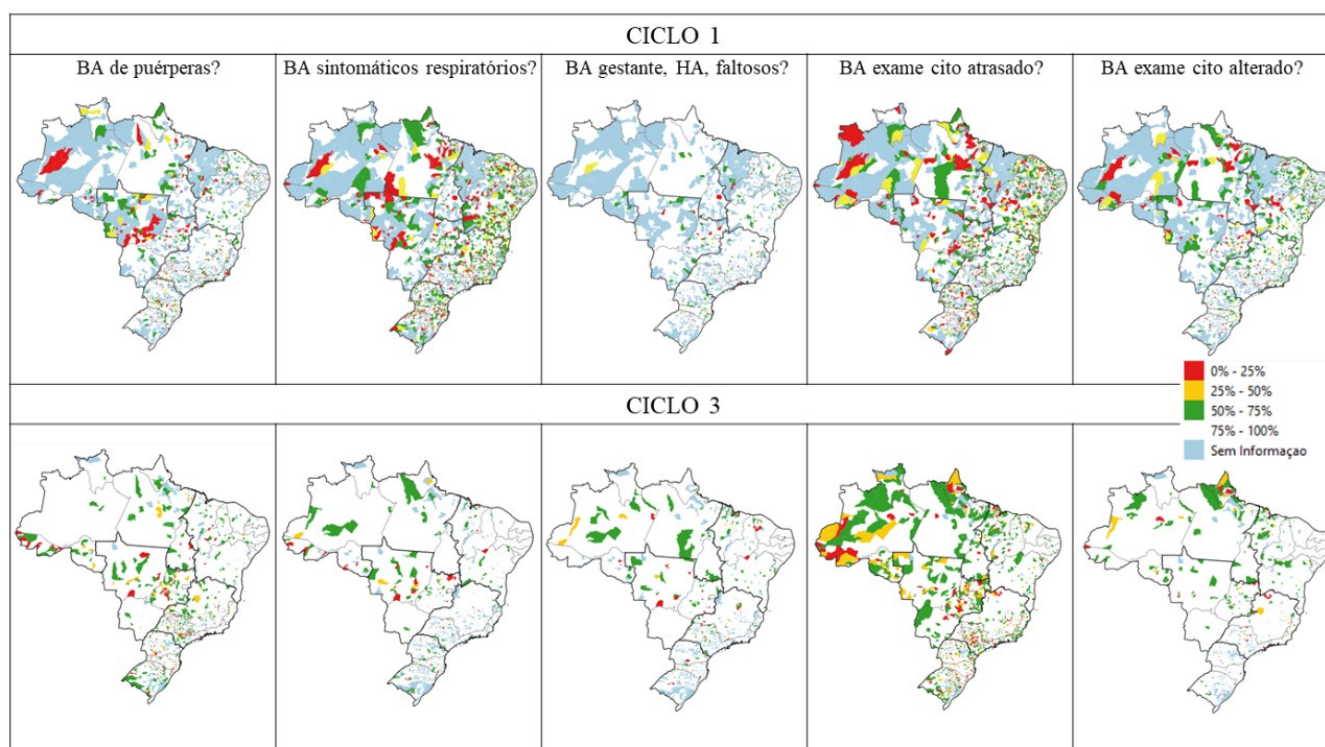
Por outro lado, houve redução da proporção de equipes que realizavam busca ativa de gestantes, hipertensos e faltosos de 96,1% (95,8–96,4) para 79,93% (79,5–80,3). Outros profissionais, além dos ACS, participavam dessas visitas em 82,6% (82,0–83,2) das equipes no ciclo 1, diminuindo para 77,7% (77,3–78,1) no ciclo 3 (Tabela 1).

Os mapas coropléticos demonstram melhoria na distribuição espacial das variáveis relacionadas à VD e busca ativa entre os ciclos 1 e 3 nas regiões brasileiras e para a maioria das unidades federativas, sugerindo avanço na realização e na qualidade da visita domiciliar (Figuras 1 e 2).



VD: visita domiciliar

Figura 1. Mapas coropléticos. Visita domiciliar. PMAQ-AB 1º e 3º ciclos (por município), 2021.



BA: busca ativa; HA: hipertensão arterial.

Figura 2. Mapas coropléticos. Busca ativa. PMAQ-AB 1º e 3º ciclos (por município), 2021.

Embora houvesse um aumento expressivo de equipes que incluem outros profissionais além do ACS na VD no ciclo 3 (áreas brancas do mapa), áreas que permanecem com baixos percentuais dessa variável foram identificadas. A região Nordeste é a que apresenta melhor desempenho, apresentando praticamente todo o território com pelo me-

nos 50% das equipes com VD realizada por mais de um profissional (Figura 1).

As Figuras 3 e 4 representam os mapas de calor para cada variável nos ciclos 1 e 3. Nas imagens, pode-se perceber que as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentam maior concentração de equipes que realizam a ação (va-

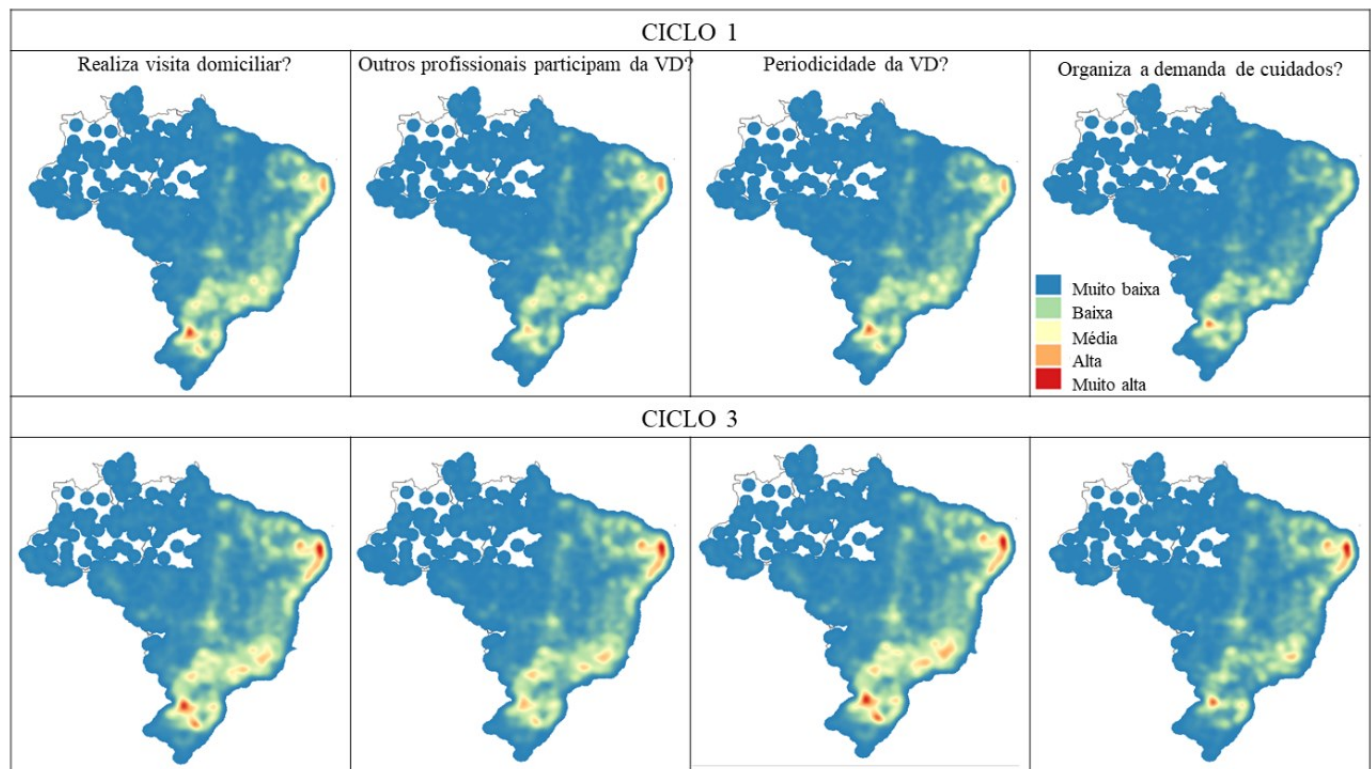
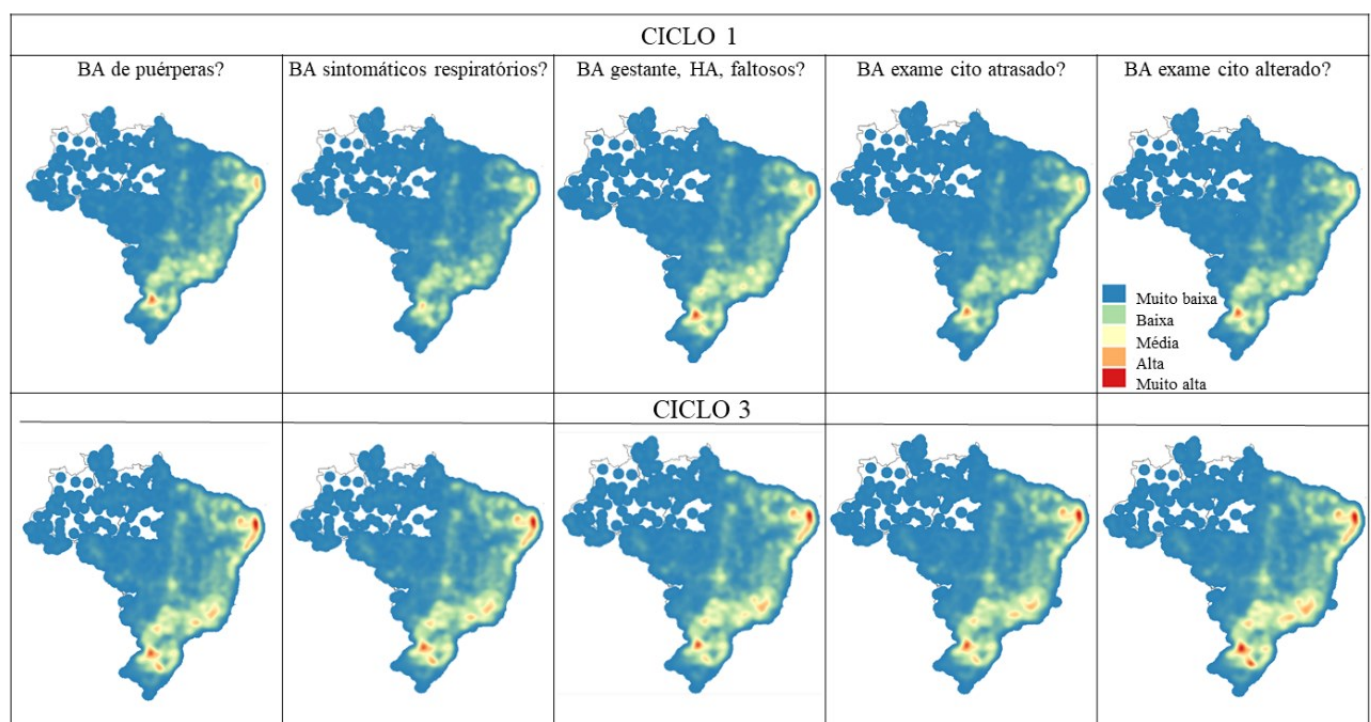


Figura 3. Mapas de calor (Kernel). Visita domiciliar. PMAQ-AB 1º e 3º ciclos (por municípios), 2021.



BA: busca ativa; HA: hipertensão arterial.

Figura 4. Mapas de calor (Kernel). Busca ativa. PMAQ-AB 1º e 3º ciclos (por município), 2021.

riável) analisada, tanto para o ciclo 1 quanto para o ciclo 3. Para o ciclo 3, identificou-se uma maior concentração de equipes nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas, bem como nos estados das regiões Sudeste e Sul do país, realizando as ações avaliadas para VD. As demais regiões brasileiras apresentaram muito baixa concentração de equipes realizando as ações investigadas (Figuras 3 e 4).

DISCUSSÃO

A realização, frequência e organização das VDs melhoraram no Brasil, comparando os ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB. A busca ativa por mulheres com exame citopatológico atrasado ou alterado e sintomáticos respiratórios melhorou nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Contudo, a busca ativa de gestantes, hipertensos e faltosos piorou entre as avaliações.

As visitas permitem que os profissionais de saúde conheçam de perto a realidade dos usuários, das famílias e da comunidade, de modo a possibilitar que esses profissionais identifiquem as necessidades e demandas de saúde, estabeleçam vínculos de confiança e promovam a participação ativa das pessoas no processo de cuidado. Assim, esse serviço pode ser destacado como relevante para a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, levando ao fortalecimento da APS²⁵.

Além disso, as visitas devem ser realizadas com base em critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. Tendo em vista que se trata de pessoas com necessidade de monitoramento mais intenso, torna-se importante que a frequência de visitas a esse público supere a média recomendada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁶. Frente a isso, é importante que as equipes saibam como fazer uma avaliação de estratificação de riscos familiares, utilizando escalas como a Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi²⁷.

A PNAB 2017, embora estabeleça a frequência média mensal de visitas de ACS a serem realizadas em cada domicílio, não define os critérios a serem utilizados para orientar a sua periodicidade. Dado esse fato, cabe assinalar possíveis dificuldades na padronização e na priorização das visitas domiciliares, sejam elas realizadas exclusivamente pelos ACS ou conjuntamente com demais profissionais da equipe²⁶.

Um aumento na proporção de visita domiciliar foi observado entre os ciclos, entretanto, algumas equipes continuam sem fazê-la, especialmente no Sul e Sudeste do país. A sobrecarga de trabalho é relatada pelos agentes como dificuldade para realização das visitas²⁸, sinalizando a falta de clareza das equipes quanto às principais atribuições dos ACS, deslocando-os para outras atividades que demandam tempo e dificultam o cumprimento das visitas domiciliares conforme o preconizado, ou até em maior frequência, em caso de necessidade²⁶.

Essa situação também tem refletido diretamente sobre a percepção das famílias e de outros profissionais, haja vista que usuários e enfermeiros se mostraram insatisfeitos com o baixo número de famílias visitadas pelos ACS²⁹. Uma metassíntese sobre o trabalho dos ACS na ESF identificou artigos em que a temática da “falta de dimensionamento do trabalho dos ACS” foi abordada, destacando-se o excesso de funções previstas e a pouca clareza das suas atribuições³⁰.

Em um estudo realizado na região Sudeste do Brasil, Costa e colaboradores evidenciaram que 33,6% dos ACS referiram auxiliar o profissional de nível superior no ambiente clínico, assumindo tarefas como desinfecção e esterilização de instrumental clínico, que caberiam aos técnicos ou auxiliares de enfermagem, ou funções administrativas, como o agendamento de consultas e exames e a conferência de estoque de material de escritório e médico-hospitalar. Situações como essas, além de desviar o foco das ações no território, descaracterizam o papel do ACS na equipe de saúde e dificultam a consolidação de uma identidade profissional própria²⁹.

É percebido que menos profissionais da saúde, além do ACS, estão realizando visitas no Brasil. Isso pode explicar o porquê de pesquisas cada vez mais abordarem a questão da sobrecarga de trabalho que os ACS vivem, uma vez que atuam em diversas funções, têm atribuições muito amplas e estão cada vez mais sozinhos durante as visitas domiciliares^{28,31}.

Além desse aspecto abordado pelos próprios ACS, é relevante abordar os possíveis impactos da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, nas visitas. A PNAB passou a ser alvo de críticas devido a medidas restritivas que colocam em risco a organização da APS³². Uma das medidas problematizadas que mais teve destaque foi a flexibilização da presença dos ACS na composição das ESF, podendo acarretar a descontinuidade das ações focadas no território, comprometendo o acesso e a efetividade das ações de saúde³³. Isso pode ter possíveis impactos negativos a longo prazo tanto nas visitas domiciliares quanto em outros serviços, tais como vacinação e consultas³².

Neste estudo também foi notado que a busca ativa de gestantes, hipertensos e faltosos piorou entre as avaliações. Na última avaliação, as unidades federativas Acre, Rondônia e Mato Grosso apresentaram proporções abaixo de 25%. Também foi observado que as regiões Sudeste e Sul tiveram os piores índices, quando comparadas às demais regiões do país.

O acompanhamento da mulher deve ser realizado de forma acolhedora e precisa ocorrer desde o pré-natal, para promover a prestação de cuidados corretos ao binômio mãe-bebê¹³. A busca ativa das gestantes influencia positivamente na adesão ao pré-natal, o que acarreta um melhor desfecho no parto e aumenta as chances de a mulher manter o vínculo durante o puerpério. Ainda pode reduzir a ocorrência de novas gestações não planejadas e a adesão

a melhores práticas de autocuidado e cuidado com o bebê. Portanto, essa busca ativa com valores muito baixos revela um grave problema de saúde pública nesses estados.

Esses resultados podem ser reflexos de uma falta de estrutura para a realização das visitas, como a insuficiência de ACS para as visitas, problemas no monitoramento dessas condições pelos profissionais da APS, problemas de transporte da unidade de saúde até a casa da família a ser visitada, problemas com a aceitação das visitas pela comunidade, dentre outros fatores. Destacam-se também as dificuldades da ESF no manejo continuado das famílias, a invasão dos territórios da ESF, a persistente cultura do encaminhamento e a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro, o que pode dificultar a realização da busca ativa³⁴.

Em relação à melhora da busca ativa de citopatológico atrasado e/ou alterado no Brasil, sabe-se que o exame Papanicolau é um procedimento simples que possibilita encontrar alterações da cérvix uterina, sendo o método mais apropriado para o rastreamento do câncer de colo uterino por ser um exame rápido, indolor, de fácil execução, realizado em nível primário, além de possuir baixo custo³⁵. Quando diagnosticado na fase inicial, a possibilidade de cura do câncer cervical é de 100%. Entretanto, como ainda é alta a proporção de mulheres que não têm como rotina a realização do exame preventivo, o diagnóstico muitas vezes ainda é feito em período mais avançado da doença³⁶. O Amapá destacou-se como um estado em que esses indicadores pioraram entre os ciclos.

Conforme o Ministério da Saúde, os maiores “responsáveis” pelos altos níveis de câncer cervical e pela não aceitação ao exame Papanicolau no Brasil são: o déficit de recursos humanos e de insumo liberados na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; aplicação inadequada dos recursos viventes; má conexão entre os serviços de saúde no fornecimento de assistência nos variados níveis de atenção; inexistência de normas e condutas; falta de informações de saúde da população em geral e a carência de esclarecimentos necessários ao planejamento das atitudes na saúde^{35,36}.

A busca ativa por sintomáticos respiratórios obteve uma melhora ao longo dos anos observada na comparação entre os ciclos, sendo que a criação do Programa Nacional do Controle da Tuberculose (PNCT) foi um dos fatores que impactaram positivamente nos indicadores brasileiros relacionados à tuberculose, pois o PNCT tem como objetivo “horizontalização” do combate à tuberculose, por meio da expansão de suas atividades para todos os serviços de saúde do SUS. Todos os planos nacionais e consensos para o controle da tuberculose que se seguiram enfatizaram a sua integração à atenção básica, utilizando-se a ESF como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose em todo o Brasil³⁷.

De forma geral, foi notado um aumento expressivo das equipes que participaram do PMAQ-AB entre os ciclos 1 e

3. Em geral, os participantes do ciclo 1 eram os estabelecimentos com as equipes mais bem organizadas. No entanto, no último ciclo, quase todas as equipes foram avaliadas, possibilitando uma análise mais real da situação vivida pela APS no Brasil. Além disso ser um ponto forte deste estudo, também possibilita pensar que a melhora nos indicadores de busca ativa de mulheres com citopatológico atrasado ou alterado e sintomáticos respiratórios foi na verdade maior do que o encontrado, mostrando avanços reais na busca ativa.

Este estudo utilizou dados da avaliação externa de dois ciclos do PMAQ-AB, realizados em 2012 e 2017, portanto, anteriores à pandemia de COVID-19. O que pode ser considerado uma limitação do estudo, haja vista que durante a pandemia foi necessária uma reorganização dos sistemas de saúde, e há indícios de que isso causou suspensão ou reorganização das VDs em todo o país³⁸.

A visita domiciliar foi um serviço muito afetado durante a pandemia devido à característica de o profissional ser recebido nas casas dos usuários, o que não era mais uma prática recomendada naquele cenário. Além da indefinição de protocolos para a reestruturação da APS no contexto da pandemia como uma grande questão, foram apontadas muitas mudanças nesse período, tais como a recomendação da visita realizada em ambiente externo, busca ativa por WhatsApp ou por telefone e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) nas visitas^{39,40}.

Entretanto, os resultados deste estudo demonstram possibilidades de regiões e caminhos que podem servir de espelho para a reorganização dos serviços na APS. Por exemplo, percebemos que os ACS poderiam ter sido profissionais mais atuantes na contenção da pandemia, sendo uma opção potente para: identificação precoce de pacientes infectados; possibilidade de acompanhamento do cuidado de pacientes infectados fora do hospital; orientação aos familiares sobre a importância do uso de medidas de isolamento social, uso de máscara e vacinação; continuidade do cuidado a pessoas com doenças crônicas⁴¹.

Apesar dos avanços percebidos entre os ciclos do PMAQ-AB quanto à realização, frequência e organização da VD, é possível que as visitas estejam acontecendo de forma muito restrita, ou mesmo nem sendo realizadas em alguns locais devido à pandemia.

Quando percebemos que esta é, na verdade, uma ferramenta de grande importância para o enfrentamento de problemas de saúde nas populações. Poucos são os países no mundo com tamanha capilaridade dos serviços de saúde, alcançando os domicílios de milhões de pessoas, assim, a manutenção e qualificação da VD deve ser uma prioridade, inclusive diante de pandemias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(spe1): 18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
 - Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(1): 165-75. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016>
 - Souza HP, Oliveira WTGH, Santos JPC, Toledo JP, Ferreira IPS, Esashika SNGS, et al. Infectious and parasitic diseases in Brazil, 2010 to 2017: considerations for surveillance. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44: e10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.10>
 - Al Hadi A, Paliwoda M, Dawson J, Walker K, New K. Women's utilisation, experiences and satisfaction with postnatal follow-up care: systematic literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2022; 22(4): 455-71. <https://doi.org/10.18295/squmj.10.2022.059>
 - Ergin E, Akin B, Kocoglu-Tanyer D. Effect of home visits by nurses on the physical and psychosocial health of older adults: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 2022; 51(4): 733-45. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i4.9234>
 - Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, Bhutta ZA. The effects of community home visit and peer group nutrition intervention delivery platforms on nutrition outcomes in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2020; 12(2): 440. <https://doi.org/10.3390/nu12020440>
 - Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Aratani N, Moita MLG, Tanaka OY. Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(10): e00103118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103118>
 - Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. First postpartum home visit: a protective strategy for exclusive breastfeeding. *Rev Paul Pediatr* 2018; 36(1): 8. <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;1;00001>
 - Mues KE, Resende JC, Santos OC, Perez LG, Ferreira JA, Leon JS. User satisfaction with the family health program in Vespasiano, Minas Gerais, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(6): 454-60. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000600002>
 - Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, Pedrosa EN, Corrêa MSM, Souza AI. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral." *Rev Graúcha Enferm (Online)* 2016; 37(3): e59248. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59248>
 - Malvezzi E. Internações por condições sensíveis a atenção primária: revisão qualitativa da literatura científica brasileira. *Saúde Redes* 2018; 4(4): 119-34. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p119-134>
 - Solano LC, Lacerda VS, Miranda FAN, Ferreira JKA, Oliveira KKD, Leite AR. Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde. *Reme Rev Min Enferm* 2019; 23: e1168. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190016>
 - Santos JC, Cortez DN, Macedo MML, Reis EA, Reis IA, Torres HC. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. *Rev Latinoam Enferm* 2017; 25: e2979. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2315.2979>
 - Oliveira NL, Souza ECF. A visita domiciliar: locus privilegiado das ações de educação em saúde com vistas ao cuidado integral. In: *Anais II Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde*; 2013; São Paulo, Brasil. São Paulo: Convibra; 2013. Disponível em: <https://convibra.org/publicacao/6407/>
 - Lima M, Alves JB, Lago L, Rebouças F, Grave L. Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia. *Rev Psicol Divers e Saúde* 2021; 10(3): 442-54. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i3.3468>
 - Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Eletrônica Enferm* 2008; 10(1): 220-27.
 - Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Guia prático de visita domiciliar PARA AS Unidades de Saúde de Ribeirão Preto [Internet]. 2021 [acessado em 18 dez. 2023] Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude313202111.pdf>
 - STROBE statement--checklist of items that should be included in reports of observational studies (STROBE initiative). *Int J Public Health* 2008; 53(1): 3-4. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-0239-9>
 - Santos DMA, Alves CMC, Rocha TAH, Queiroz RCS, Silva NC, Thomaz EBAF. Structure and work process regarding child care in Primary Health Care in Brazil: an ecological study with data from the Program for Primary Health Care access and quality improvement 2012–2018. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1): e2020425. <https://doi.org/10.1590/S167949742021000100012>
 - Russo LX, Powell-Jackson T, Barreto JOM, Borghi J, Kovacs R, Gurgel Junior GD, et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. *BMJ Glob Health* 2021; 6(7): e005429. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005429>
 - Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage* 2017; 40(suppl 2): S4-S11. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000189>
 - Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATGM, Andrade ELG. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saúde Pública* 2022; 38(2): e00088121. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>

24. Oliveira U, Oliveira P. Mapas de Kernel como subsídio à Gestão Ambiental: análise dos focos de calor na Bacia Hidrográfica do Rio Acaraú, Ceará, nos anos 2010 a 2015. *Espaço Aberto* 2017; 7(1): 87-99. <https://doi.org/10.36403/espacoaberto.2017.3473>
25. Quirino TRL, Jucá AL, Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Revista Sustinere* 2020; 8(1): 253-73. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>
26. 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. *Saúde Debate* 2018; 42(spe2): 127-44. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>
27. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2): 179-85. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v3i2.155>
28. Lopes DMQ, Lunardi Filho WD, Beck CLC, Coelho APF. Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(4): e3850017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003850017>
29. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(7): 2147-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>
30. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Pública* 2018; 52: 14. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>
31. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25(suppl 2): 4185-95. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
32. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(116): 11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
33. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1): 38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
34. Lima VC, Linhares MSC, Frota MVV, Mororó RM, Martins MA. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. *Cad Saúde Colet* 2020; 30(3): e30030283. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283>
35. Mendes CF, Feitoza CN, Silva CP. Exame de Papanicolau: uma busca ativa em relação as mulheres que não realizam o procedimento, assistidas na ESF Chapadinha. *Revista Multidisciplinar* 2020; 20: 268-94.
36. Lopes VAS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(9): 3431-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>
37. Gaspar LMS, Braga C, Albuquerque GDM, Silva MPN, Maruza M, Montarroyos UR, et al. Conhecimento, atitudes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(10): 3815-24. <https://doi.org/10.1590/1413812320182410.01722018>
38. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela LO, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020; 15(42): 2611. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2611)
39. Soares ALS, Freire AVR, Vasconcelos Filho CRM, Costa JAN, Medeiros AFC, Santos MEMA, et al. Covid-19: repercussões na saúde e no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2022; 15(2): e9693. <https://doi.org/10.25248/reas.e9693.2022>
40. Ramos TCS, Silva TF. O trabalho na Atenção Primária em Saúde e a pandemia por Covid-19: um relato de experiência. *Res Soc Dev* 2021; 10(3): e38210313396. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13396>
41. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020; 368: m1182. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>

ABSTRACT

Objective: To analyze characteristics of the home visit (HV) in Brazil, 2012 and 2017. **Methods:** Ecological study, with panel data whose units of analysis were the Primary Health Care teams in Brazil, participants of the 1st and 3rd cycles of the Program to Improve Access and Quality of Primary Care of the Unified Health System. Descriptive, inferential and spatial analyzes (alpha=5%) were performed. **Results:** There was an increase in the proportion of teams that carried out home visits at a frequency defined based on risk and vulnerability analysis and actively searched for people with respiratory symptoms and women with delayed and altered cytopathological examination. In the heat maps, the Northeast, Southeast and South regions had a higher concentration of teams that carried out the HV and carried out an active search. **Conclusion:** The maintenance and qualification of HVs must be a priority in Brazil, since there are few countries in the world with such capillarity of health services, reaching the homes of millions of people. **Keywords:** House calls. Health services. Health evaluation. Primary health care.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Rocha, L.H.H.: Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Validação. Ribeiro, A.G.A.: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação. Silva, V.A.: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Validação. Sousa, F.S.: Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação. Thomaz, E.B.A.F.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Validação.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e ao Medical Research Council pelo apoio ao desenvolvimento desta pesquisa.