

## Calidad de la visita domiciliaria del agente comunitario de salud en la atención básica y factores asociados\*

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>

**Destacados:** (1) La mitad de los usuarios recibe visitas domiciliarias del agente con calidad adecuada (2) La calidad es mayor en el Nordeste, en municipios más pequeños y en equipos con definición de área. (3) La calidad aumentó con la evaluación de indicadores y la satisfacción del usuario. (4) Considerar los riesgos y la vulnerabilidad para definir el territorio aumentó la calidad. (5) La calidad fue mayor entre los usuarios con enfermedades crónicas y discapacidades.

**Objetivo:** evaluar la calidad de la visita domiciliaria del agente comunitario de salud y factores asociados. **Método:** estudio transversal con 38.865 equipos y 140.444 usuarios del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica. Se estableció la "calidad de la visita domiciliaria" y su asociación con características de los municipios, equipos e individuos, estimada por la razón de prevalencia e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** 139.362 (99,2%) usuarios manifestaron que el equipo de salud contaba con agentes comunitarios. La prevalencia de calidad fue del 51,9%. Despues de los ajustes, la prevalencia fue mayor en el Nordeste (Razón de Prevalencia: 1,19 [1,18-1,21]), municipios más pequeños (Razón de Prevalencia: 1,06 [1,03-1,09]), entre equipos con definición de área (Razón de Prevalencia: 1,15 [1,06-1,25]), evaluación de indicadores (Razón de Prevalencia: 1,14 [1,12-1,17]) y satisfacción del usuario (Razón de Prevalencia: 1,11 [1,08-1,13]), que consideraron criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de la cantidad de personas bajo responsabilidad (Razón de Prevalencia: 1,05 [1,04-1,07]) y sin población no cubierta por agentes (Razón de Prevalencia: 1,03 [1,01-1,04]); entre usuarios con enfermedades crónicas (Razón de Prevalencia: 1,02 [1,01-1,05]) y con alguien en el domicilio con dificultades de movilidad (Razón de Prevalencia: 1,05 [1,02-1,07]). **Conclusión:** se evidencia la importancia de la organización del proceso de trabajo de los equipos para la calidad de la visita domiciliaria del agente y su papel en la equidad en salud.

**Descriptores:** Estrategia de Salud Familiar; Agentes Comunitarios de Salud; Visita Domiciliaria; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Equidad en Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

### Cómo citar este artículo

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>

Available from: \_\_\_\_\_. URL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
año mes dia

## Introducción

En las últimas dos décadas ha crecido el interés y los esfuerzos por evaluar los avances de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Brasil<sup>(1-5)</sup>, con el objetivo de evidenciar su eficacia para alcanzar la universalidad, integralidad, longitudinalidad y equidad en salud<sup>(3)</sup>, además de demostrar un impacto positivo en la salud de la población.

La cantidad de equipos de salud de la familia aumentó de 2.054 en 1998<sup>(6)</sup> a 43.508 en 2019<sup>(7)</sup>. En ese mismo período, la población cubierta por la ESF pasó del 4,4% (siete millones de brasileños)<sup>(6)</sup> al 64,2% (134 millones)<sup>(7)</sup>, siendo la cobertura superior en las regiones y áreas más pobres de Brasil. La expansión de la ESF en el país contribuyó para que el Sistema Único de Salud (SUS) alcanzara el nivel de estar entre los mayores sistemas públicos de salud del mundo, de acceso universal y basado en la atención primaria<sup>(8)</sup>.

Paralelamente al crecimiento de la cobertura de la ESF en el territorio nacional, la literatura ha mostrado el impacto del modelo en la disminución de la mortalidad infantil<sup>(9-10)</sup>, las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria<sup>(10)</sup>, en el control de enfermedades cardiovasculares<sup>(11)</sup> y en la reducción de la desigualdad social en la mortalidad de los ancianos<sup>(2)</sup>. La ESF también ha contribuido al aumento de la cobertura de acciones programáticas, como, por ejemplo, el prenatal<sup>(12)</sup>, la prevención del cáncer de cuello uterino<sup>(13)</sup> y al mayor acceso y utilización de los servicios de salud, especialmente entre las personas socialmente vulnerables<sup>(1-3)</sup>. Además, diversas investigaciones han evidenciado la importancia de la ESF para aumentar la calidad de los servicios prestados por la atención primaria<sup>(3-4)</sup>. Sin embargo, hasta el momento no se han encontrado estudios nacionales dirigidos a evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en las visitas domiciliarias.

Se destaca que los resultados positivos de la ESF solo fueron posibles debido a su característica de organización y sustitución del modelo tradicional de atención básica. La ESF tiene un modelo de atención dirigido a la atención universal, integral, continua y equitativa<sup>(1,3)</sup>, enfocado en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento temprano; e incluye al agente comunitario como integrante del equipo, que actúa en un área geográfica delimitada, mediante el registro y seguimiento de la población en el territorio.

El número de agentes por equipo debe definirse según las características de la población del territorio, considerando criterios de demografía, epidemiología, economía y cuestiones sociales; y en áreas territoriales dispersas, con presencia de riesgo y vulnerabilidad social, se recomienda una cobertura poblacional del 100%<sup>(14)</sup>. En

2020, 257.770 agentes comunitarios formaban parte de la ESF, con una cobertura poblacional del 61,1% en el país<sup>(7)</sup>.

El ACS, que mantiene una relación estrecha y cotidiana con el equipo de enfermería y es gestionado por el enfermero<sup>(15-16)</sup>, es también uno de los responsables de los resultados alcanzados por la ESF, cuando desarrolla un trabajo de calidad, siendo el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, y promoviendo la relación entre los usuarios y los profesionales<sup>(17-18)</sup>. Una de las principales actividades del agente es la visita domiciliaria<sup>(18)</sup>, por medio de la cual realiza el registro de la familia, contribuye con el equipo en la identificación de áreas y situaciones de riesgo, orienta en la promoción y protección de la salud, moviliza a la comunidad para buscar condiciones favorables para la salud y la participación en grupos, notifica a los servicios sobre las enfermedades que requieren vigilancia, deriva a las personas con necesidades de salud a las unidades, acompaña el tratamiento y la rehabilitación de las personas enfermas en el hogar<sup>(17-19)</sup>.

La caracterización de la calidad en este estudio fue construida desde la perspectiva de la integralidad o la completitud de las actividades, mediante de un enfoque que considera el todo, los aspectos psicológicos, biológicos y socioculturales, junto con la oferta de acciones humanizadas orientadas a la promoción, la protección, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud. Uno de los principios más relevantes del SUS es la integralidad, un atributo esencial en la evaluación de la calidad de la atención primaria de salud (APS) y un espacio preferencial para su expresión<sup>(4)</sup>. La calidad de la APS es el resultado de la prestación de servicios bien organizados y gestionados, con el apoyo de una financiación suficiente para proveer insumos adecuados, recursos humanos, infraestructura y medicamentos<sup>(1,4)</sup>.

Ante este contexto, el objetivo es evaluar la calidad de la visita domiciliaria del agente comunitario de salud y los factores asociados.

## Método

### Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal basado en servicios de salud, que integró la fase de Evaluación Externa de los equipos de atención básica en todo el territorio nacional. Utilizó datos del tercer ciclo del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad (PMAQ, en su acrónimo en portugués), establecido por el Ministerio de Salud para apoyar la financiación por desempeño en la atención básica en el período de 2011 a 2018.

El PMAQ fue un programa lanzado en 2011 con el propósito de incentivar a los gestores y equipos a mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos a los

ciudadanos del territorio, mediante incentivos financieros federales para los municipios participantes que alcanzaran una mejora en el estándar de calidad. Para ello, se propuso un conjunto de estrategias de cualificación, seguimiento y evaluación del trabajo de los equipos de salud.

El estudio fue coordinado por más de 50 instituciones brasileñas de Educación Superior y liderado 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 de Mato Grosso do Sul (UFMS)*, *Universidade Federal do Pará (UFPA)*, *Universidade Federal do Piauí (UFPI)* y *Universidade Federal de Sergipe (UFS)*.

### **Criterios de selección**

Se incluyeron municipios, equipos de salud y usuarios de equipos de todo el territorio nacional que se adhirieron de forma voluntaria al PMAQ 2017/18. Se excluyeron los usuarios menores de 18 años, aquellos que asistían a la unidad de salud por primera vez o si hacía más de 12 meses que la habían visitado por última vez.

### **Población y muestra**

En el ciclo 3 de evaluación del PMAQ se incluyeron 5.324 municipios, 28.939 unidades de atención básica, 38.865 equipos y 140.444 usuarios. Participaron en el estudio un profesional médico, enfermero o dentista de cada equipo, sin ser obligatorio que el respondiente desempeñara el rol de coordinador del equipo. El muestreo de los usuarios fue por conveniencia, seleccionando aquellos que asistían al servicio de salud el día de la visita del entrevistador.

### **Variables del estudio**

El desenlace “calidad de la visita domiciliaria realizada por el agente comunitario de salud” se construyó considerando la integralidad de las actividades o su realización de manera completa por los ACS, como se mencionó anteriormente<sup>(4)</sup>. En este trabajo, se estructuró un indicador compuesto mediante la respuesta positiva de los usuarios a las siguientes preguntas: “Durante la visita, ¿el agente pregunta sobre los problemas de salud de la familia?; ¿Orienta acciones de cuidado y prevención de enfermedades?; ¿Informa sobre las acciones de la unidad básica de salud/puesto de salud cercano a su hogar?; ¿Entrega documentos como, por ejemplo, citas de consultas y exámenes?; y ¿Realiza acciones de combate al mosquito *Aedes aegypti*?”. Todas las preguntas tuvieron respuesta dicotómica (sí/no).

Las variables de exposición utilizadas para verificar la asociación con la calidad adecuada de la visita del agente fueron: a) variables de los municipios (fuente secundaria): región geopolítica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur), tamaño poblacional, en habitantes (hasta 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000; más de 300.000) y cobertura poblacional de la ESF (hasta 50%; 50,1%-75%; 75,1%-99,9%; 100%); b) variables del equipo (entrevista con profesional): definición del área de cobertura del equipo (sí; no); si la gestión consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir la cantidad de personas bajo responsabilidad del equipo (sí; no); si el equipo realiza monitoreo y análisis de indicadores e información de salud (sí; no); si el equipo realiza evaluación de la satisfacción del usuario (sí; no); y si existe población no cubierta por agentes en el territorio (sí; no); y c) variables del individuo (entrevista con el usuario del servicio): sexo (masculino; femenino), edad en años completos (18-39; 40-59; 60 o más), etnidad/color de piel autodeclarado (indígena/ pardo/negro/otro y blanco); condiciones crónicas de salud referidas por diagnóstico médico (ninguna; hipertensión o diabetes; hipertensión y diabetes), familiares con dificultad de locomoción investigada por medio de la pregunta: “¿En su casa hay alguien con dificultad de locomoción que necesita atención domiciliaria?” (sí; no), presencia de embarazo en los últimos dos años investigada mediante la pregunta: “¿Estuvo embarazada en los últimos dos años?” (sí; no) y la presencia de hijos de hasta dos años, mediante la pregunta: “¿Tiene hijos de hasta dos años de edad?” (sí; no).

### **Instrumento utilizado para la recolección de datos**

Para el presente estudio se utilizaron los datos procedentes de los Módulos I, II y III del instrumento de recolección del PMAQ Ciclo 3<sup>(20)</sup>. El Módulo I se refiere a la observación en la unidad de salud, con preguntas sobre infraestructura; el Módulo II se refiere a la entrevista con un profesional sobre el proceso de trabajo del equipo de atención primaria y la verificación de documentos en la unidad de salud; y el Módulo III se refiere a la entrevista con usuarios en la unidad de salud evaluada.

### **Recolección de datos**

El cuestionario se aplicó en las unidades de salud en una fecha acordada con la gestión municipal, siendo el Módulo I datos obtenidos de la observación del entrevistador, el Módulo II respondido por un profesional médico, enfermero o dentista, y el Módulo III por los usuarios presentes en la unidad el día de la evaluación externa.

La recolección de datos se llevó a cabo entre 2017 y 2018, por alrededor de mil entrevistadores y supervisores

capacitados en todas las unidades de la federación, utilizando un instrumento electrónico en *tablets*, con envío automatizado al Ministerio de Salud. El control de calidad de los datos se realizó mediante la supervisión de la recolección y mediante un validador electrónico que verificaba la consistencia entre las respuestas.

### Análisis de los datos

Además de los análisis descriptivos, la prevalencia del desenlace se calculó de acuerdo con las características de los municipios, del equipo y del individuo. El análisis de los factores asociados se realizó utilizando regresión de Poisson con ajuste robusto de varianza para estimar las razones de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). En el análisis ajustado, se utilizó un modelo jerárquico basado en la determinación social de la salud, destacando las características del contexto como macrodeterminantes de las variables situadas en niveles intermedios y proximales al desenlace<sup>(1-2)</sup>. En el primer nivel se incluyó la variable región; en el segundo nivel, las variables relacionadas con el municipio; en el tercer nivel, las variables relacionadas con el equipo; en el cuarto nivel, aquellas relacionadas con las características demográficas y sociales del individuo; y por último, en el quinto nivel, las condiciones de salud individuales. Se empleó una

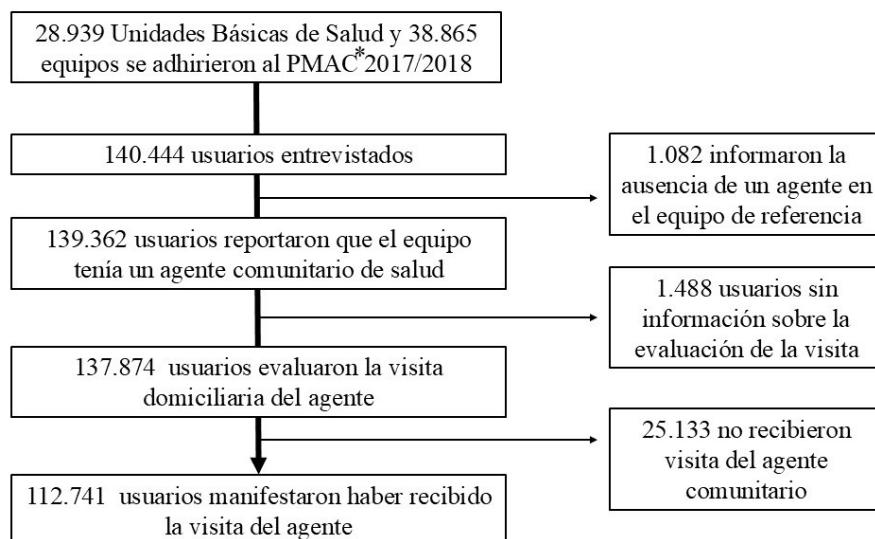
estrategia de selección hacia atrás (*backward*) por niveles jerárquicos, eliminando del modelo todas las variables que presentaron un valor  $p \geq 0,20$ . El criterio adoptado para definir la categoría de referencia (1,00) de cada variable fue el valor más bajo observado, buscando resaltar la probabilidad de aumento de la ocurrencia del desenlace. La significancia estadística se verificó mediante la prueba de Wald y de heterogeneidad, considerando un nivel del 5%. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico *Stata* 14.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

### Aspectos éticos

El proyecto fue sometido y aprobado por el comité de ética en investigación de la *Universidade Federal de Pelotas*, con el dictamen nº 2.453.320 en 2017, bajo el protocolo 80341517.8.1001.5317. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo a la participación. Los autores declaran no tener conflictos de interés con respecto al tema de estudio.

### Resultados

Del total de usuarios entrevistados, 139.362 (99,2%) manifestaron que el equipo de salud contaba con agentes comunitarios, según la Figura 1.



\*PMAC = Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad (PMAQ, su acrónimo en portugués)

Figura 1 - Proceso de selección de la muestra incluida en el análisis. PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Entre estos, el 37,3% de los usuarios se concentraba en la región Nordeste y el 33,4% en la región Sudeste; el 40,2% residía en municipios con hasta 30.000 habitantes; el 45,1% en municipios con 100% de cobertura; el 99,2% de los usuarios pertenecía a equipos con definición del área

de cobertura del equipo, el 80,0% pertenecía a equipos que consideraron criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de la cantidad de personas bajo su responsabilidad, el 88,4% pertenecía a equipos que realizaban monitoreo y análisis de los indicadores e

información de salud, el 87,0% pertenecía a equipos que realizaban una evaluación de la satisfacción de los usuarios y el 39,8% de los usuarios fueron entrevistados en servicios cuyos equipos presentaban áreas en el territorio no cubiertas por ACS (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de la muestra de usuarios según características de los municipios y de los equipos (n = 139.362). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Variable	Total de la muestra	
	n	%
<b>Total</b>	139.362	100,0
<b>Características de los municipios</b>		
Región		
Sur	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
Tamaño del municipio (habitantes)		
Hasta 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
Más de 300.000	31.484	22,6
Cobertura de ESF <sup>†</sup> (%)		
Hasta 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 del equipo</b>		
Definición del área de cobertura del equipo		
Sí	138.222	99,2
No	1.140	0,8
Consideración de criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir la cantidad de personas bajo responsabilidad del equipo <sup>‡</sup>		
Sí	101.270	80,0
No	25.293	20,0
Monitoreo y análisis de los indicadores e información de salud		
Sí	123.154	88,4
No	16.208	11,6
Evaluación de la satisfacción del usuario		
Sí	121.221	87,0
No	18.141	13,0
Población no cubierta por agentes		
Sí	55.478	39,8
No	83.884	60,2

\*PMAQ = Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad; <sup>†</sup>ESF = Estrategia Salud de la Familia; <sup>‡</sup>12.799 faltantes/sin respuesta

Entre las características de los usuarios, el 78,4% eran del sexo femenino, el 77,9% tenía entre 18 y 59 años de edad y el 68,1% tenía piel de color pardo, negro o otro. Entre los usuarios, el 28,3% refirió ser hipertenso o diabético y el 9,1% presentaba ambas condiciones; el 7,8% refirió tener a alguien con dificultad de locomoción en la casa donde reside, el 19,2% de las usuarias refirieron embarazo en los últimos 2 años y el 11,2% de los usuarios refirió tener un(a) hijo(a) de hasta 2 años de edad (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de la muestra de usuarios según características individuales de los usuarios (n = 139.362). PMAQ\* Ciclo 3, Brasil, 2017-2018

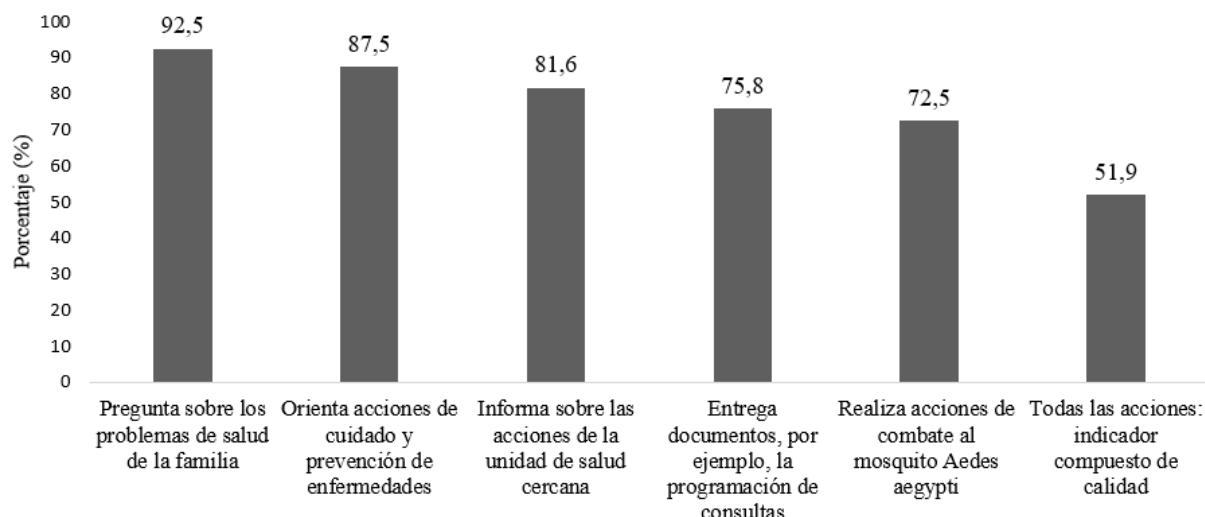
Variable	Total de la muestra	
	n	%
<b>Total</b>	<b>139.362</b>	<b>100,0</b>
<b>Características individuales</b>		
Sexo		
Femenino	109.294	78,4
Masculino	30.068	21,6
Edad (años)		
18-39	60.697	43,6
40-59	47.758	34,3
60 o más	30.907	22,2
Etnicidad/Color de piel <sup>†</sup>		
Blanco	43.937	31,9
Indígena/Pardo/Negro/Otro	93.645	68,1
Condición Crónica <sup>‡</sup>		
Ninguna	86.779	62,6
Hipertensión o diabetes	39.276	28,3
Hipertensión y diabetes	12.613	9,1
Alguien con dificultad de locomoción en casa <sup>§</sup>		
Sí	10.878	7,8
No	128.342	92,2
Embarazo en los últimos 2 años <sup>¶</sup>		
Sí	20.953	19,2
No	88.358	80,8
Hijo(a) de hasta 2 años de edad <sup>  </sup>		
Sí	15.621	11,2
No	123.521	88,8

\*PMAC = Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad; <sup>†</sup>1.780 faltantes/sin respuesta; <sup>‡</sup>694 faltantes/sin respuesta; <sup>§</sup>142 faltantes/sin respuesta; <sup>¶</sup>30.051 faltantes/sin respuesta; <sup>||</sup>220 faltantes/sin respuesta

La recepción de visitas del agente entre los equipos que contaban con este profesional fue evaluada por 137.874 usuarios, y 112.741 (81,2%) manifestaron haber

recibido visitas (Figura 1). Entre las acciones realizadas por el agente durante la visita, poco más de la mitad de los usuarios refirieron (51,9%; IC95% 51,6-52,1)

que los agentes realizaron las cinco acciones. Este fue el indicador compuesto de calidad para la visita domiciliaria del ACS (Figura 2).



\*PMAQ = Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad

Figura 2 - Proporción de las acciones realizadas durante la visita domiciliaria por el agente comunitario y el indicador compuesto de calidad ( $n = 112.741$ ). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

En el análisis no ajustado, la probabilidad de recibir una VD de calidad por parte del ACS fue significativamente mayor en la región Nordeste en comparación con las demás regiones, en los municipios con menores tamaños poblacionales (en todos los grupos hasta 100 mil habitantes), con menor y mayor cobertura de ESF, entre los equipos que tienen una definición del área de cobertura, que consideraron criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir la cantidad de personas bajo su

responsabilidad, entre los equipos que realizan monitoreo y análisis de indicadores e información de salud, que realizan evaluación de la satisfacción del usuario y que no tienen población no cubierta por agentes. La probabilidad de recibir una visita de calidad adecuada por parte del agente también fue mayor entre la población más joven, de etnidad/color de piel indígena, pardo, negro y otro, y entre aquellos usuarios que tienen en su domicilio a algún individuo con dificultades de locomoción (Tabla 3).

Tabla 3 – Prevalencia, Razón de Prevalencia (RP) e Intervalo de Confianza (IC95%) de calidad adecuada de la visita realizada por el agente, según las características de los municipios, equipos e individuos ( $n = 112.741$ ). PMAQ\* Ciclo 3. Brasil, 2017-2018

Variable	Prevalencia	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nivel 1</b>					
Región <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 -		-	-
Sur	49,3	1,03 1,01-105		-	-
<b>Nivel 2</b>					
Tamaño del municipio (habitantes) <sup>§</sup>			<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>
Hasta 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	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Prevalencia	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nivel 2</b>					
100.001-300.000	49,3	1,00	-	1,00	-
Más de 300.000	49,4	1,00	0,98-1,02	0,97	0,94-0,99
Cobertura de salud de la familia (%) <sup>§</sup>			<0,001		<0,001
Hasta 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>Nivel 3</b>					
Definición del área de cobertura del equipo <sup>‡</sup>			<0,001		0,001
No	43,4	1,00	-	1,00	-
Sí	51,9	1,20	1,11-1,29	1,15	1,06-1,25
Consideración de criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir la cantidad de personas a cargo del equipo <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
No	47,7	1,00	-	1,00	-
Sí	53,3	1,12	1,10-1,13	1,05	1,04-1,07
Monitoreo y análisis de los indicadores e información de salud <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
No	44,2	1,00	-	1,00	-
Sí	52,8	1,19	1,17-1,22	1,14	1,12-1,17
Evaluación de satisfacción del usuario <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
No	45,3	1,00	-	1,00	-
Sí	52,7	1,16	1,14-1,17	1,11	1,08-1,13
Población no cubierta por agentes <sup>‡</sup>			<0,001		<0,001
No	52,7	1,04	1,03-1,06	1,03	1,01-1,04
Sí	50,5	1,00	-	1,00	-
<b>Nivel 4</b>					
Sexo <sup>†</sup>			0,148		0,507
Masculino	51,5	1,00	-	1,00	-
Femenino	52,0	1,01	0,99-1,02	1,00	0,99-1,01
Edad (años) <sup>§</sup>			0,001		0,479
60 o más	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
Color de piel/etnia <sup>‡</sup>			<0,001		0,927
Blanco	51,0	1,00	-	1,00	-
Indígena/Pardo/Negra/Otro	52,3	1,02	1,01-1,04	1,00	0,99-1,02
<b>Nivel 5</b>					
Condición Crónica <sup>‡</sup>			0,443		<0,001
Hipertensión y diabetes	52,7	1,02	1,00-1,04	1,02	1,01-1,05
Hipertensión o diabetes	51,7	1,00	-	1,00	-
Ninguna	51,9	1,00	0,99-1,02	0,99	0,97-1,00

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Prevalencia	RP bruta (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p	RP ajustada (IC95%) <sup>†</sup>	valor-p
<b>Nivel 5</b>					
Alguien con dificultad de locomoción en casa <sup>‡</sup>			<b>0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>
Sí	53,6	1,04	1,02-1,06	1,05	1,02-1,07
No	51,7	1,00	-	1,00	-
Embarazo en los últimos 2 años <sup>‡</sup>			0,226		0,393
Sí	51,6	1,00	-	1,00	-
No	52,1	1,01	0,99-1,03	0,99	0,97-1,01
Hijo(a) de hasta 2 años de edad <sup>‡</sup>			0,193		0,710
Sí	51,3	1,00	-	1,00	-
No	51,9	1,01	0,99-1,03	1,01	0,97-1,04

<sup>\*</sup>PMAQ = Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad; <sup>†</sup>RP Bruta y RP Ajustada = Razón de Prevalencia Bruta y Ajustada - Regresión de Poisson; <sup>‡</sup>Test de heterogeneidad; <sup>§</sup>Test de Wald

En el análisis ajustado según el modelo jerárquico, la región Nordeste presentó un 19% más de probabilidad de tener una calidad adecuada en la visita del ACS, en comparación con la región Sudeste. La probabilidad de una calidad adecuada aumentó a medida que disminuyó el tamaño poblacional de los municipios, siendo aproximadamente un 6% mayor en aquellos municipios con menos de 100.000 habitantes en comparación con los municipios de 100.000 a 300.000 habitantes, y un 20% mayor en aquellos con menor cobertura de ESF. Tener una mayor cobertura de ESF perdió asociación tras los ajustes (Tabla 3).

Los equipos que tenían definición del área de cobertura, que realizaban monitoreo y análisis de los indicadores e información de salud, y que realizaban evaluación de la satisfacción del usuario presentaron una probabilidad de entre 11% y 15% mayor de tener el indicador compuesto de calidad en la visita del ACS. Los equipos que consideraron criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir la cantidad de personas bajo su responsabilidad y que no tenían población no cubierta por agentes presentaron una probabilidad 5% y 3% mayor de tener una calidad adecuada (Tabla 3).

Tras los ajustes, no hubo diferencias significativas en el indicador compuesto de calidad de la visita del ACS según sexo, grupo etario o color de piel. La probabilidad de calidad adecuada en la visita del agente fue un 2% mayor entre los usuarios con hipertensión y diabetes, y un 5% mayor entre los usuarios que tenían a alguien en el hogar con dificultades de locomoción (Tabla 3).

## Discusión

La calidad de la visita del ACS, verificada mediante el indicador compuesto, alcanzó el 51,9% en Brasil,

siendo significativamente mayor en el Nordeste, en municipios más pequeños, entre equipos con definición de área, que realizaban evaluación de indicadores y de la satisfacción del usuario, que utilizaban criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir el número de personas bajo su responsabilidad, sin áreas no cubiertas por agentes, entre usuarios con enfermedades crónicas y aquellos que tenían algún residente en el hogar con dificultades de locomoción.

Para garantizar la calidad de la visita del ACS, resulta preocupante la alta proporción (40%) de equipos que tienen población no cubierta por este profesional<sup>(21)</sup>. Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, hubo un aumento en el porcentaje de hogares que nunca recibieron visitas en los 12 meses anteriores a la recolección de datos, de 18% en 2013 a 24% en 2019. La proporción de hogares que informaron visitas mensuales en el último año disminuyó del 47% en 2013 al 38% en 2019<sup>(5)</sup>. La insuficiente cantidad de agentes en el territorio puede sobrecargar a aquellos que ya están trabajando, lo que afecta la calidad del proceso de trabajo.

Diversos estudios han evidenciado la sobrecarga de trabajo que enfrenta el agente debido a la complejidad de las actividades desarrolladas, incluyendo tareas que están fuera de su alcance de actuación<sup>(17,22)</sup>. El trabajo del agente a menudo incluye tareas burocráticas y de apoyo a las unidades de salud, como la clasificación y organización de expedientes de los usuarios, atención en la recepción, organización de fichas y filas de atención, realización de llamadas telefónicas, alimentación de sistemas de información, e incluso actividades de limpieza y desinfección, consideradas un desvío de función por el propio agente<sup>(17)</sup>. Asumir cada vez más tareas puede llevar al agente a tener dificultades para discernir sus verdaderas atribuciones, generando una sobrecarga de trabajo<sup>(17)</sup>.

Un estudio realizado en São Paulo<sup>(23)</sup> mostró que, aunque el agente ofrezca a la comunidad un soporte social integral, los profesionales de la salud y los usuarios de la ESF caracterizaron las visitas del agente como un trabajo protocolario, centrado en el individuo y no en la colectividad, y enfocado en la enfermedad en lugar de la salud, lo que se aleja de las propuestas de transformación de la atención sanitaria. A menudo, las preguntas que el agente comunitario hace a los usuarios están centradas en un modelo biomédico y curativo, dejando de lado las particularidades individuales y familiares, y desconsiderando el contexto social y ambiental<sup>(23)</sup>.

El trabajo del ACS incluye visitas periódicas burocráticas como la actualización de registros, centradas en la productividad, así como visitas clínicas dirigidas a personas con alguna enfermedad que requieren seguimiento continuo o tienen dificultades de movilidad<sup>(18)</sup>. No obstante, su actuación en el territorio debe planificarse en base a líneas de atención prioritarias, incluyendo visitas preventivas y de educación en salud, así como acciones de abordaje colectivo y comunitario<sup>(17)</sup>. El proceso de trabajo ampliado y complejo del ACS lo convierte en un profesional relevante para la promoción de cuidados, facilita el acceso de la población a la red de atención sanitaria y actúa como un mediador en la transformación de las prácticas de salud<sup>(18)</sup>.

Los resultados de nuestro estudio también mostraron que el agente informa sobre las acciones de la unidad de salud de referencia, entrega documentos y programa citas o exámenes. Autores describen que este trabajo tiene como objetivo facilitar la vida de los usuarios que trabajan y/o no disponen de tiempo<sup>(23)</sup>. Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en Minas Gerais<sup>(24)</sup>, donde acciones como orientar a la familia sobre el uso de los servicios de salud, derivar y programar consultas y exámenes fueron mencionadas por la gran mayoría de los agentes (99,6% y 78,8% respectivamente). Un estudio realizado con ACS en cinco municipios rurales remotos de la región oeste de Pará, Brasil, evidenció que orientar a los usuarios sobre el funcionamiento de la unidad de salud es una actividad valorada por los enfermeros<sup>(18)</sup>.

En cuanto a los factores asociados a la calidad de las visitas domiciliarias del agente, se observó que fue mayor en la región Nordeste y en los municipios más pequeños, lo que puede explicarse por la mayor prevalencia de visitas domiciliarias en estas áreas (84% y 89%, respectivamente), en comparación con la región Sur y los municipios más grandes (78% y 73%, respectivamente)<sup>(21)</sup>. Sin embargo, es importante destacar que el aumento en la cantidad de visitas no garantiza su calidad, por lo que es necesario prestar atención a otros factores asociados. En relación con la cobertura

de ESF, los resultados muestran divergencias, siendo la calidad mayor tanto en los municipios con mayor como con menor cobertura.

La calidad de la visita del agente fue mayor en los equipos con definición de área de cobertura, conforme a lo estipulado por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)<sup>(14)</sup>. La proximidad y el vínculo entre los profesionales y la población y familias del área de cobertura permiten la identificación de problemas de salud y vulnerabilidades sociales<sup>(18)</sup> que influyen en el proceso de salud-enfermedad. Este proceso puede facilitarse mediante el mapeo del territorio y la participación social.

La calidad de la visita del agente fue mayor en los equipos donde la gestión consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para definir el número de personas bajo su responsabilidad. La Ordenanza nº 2.488/2011, que aprueba la PNAB<sup>(19)</sup>, establece que las visitas domiciliarias deben planificarse con el equipo multiprofesional, considerando criterios de riesgo y vulnerabilidad para que las familias con mayor necesidad sean visitadas con más frecuencia, proponiendo una visita mensual por familia. La nueva PNAB de 2017<sup>(14)</sup> enfatiza la importancia de priorizar a la población más vulnerable y en mayor riesgo epidemiológico, aunque no establece la frecuencia de las visitas. Además, considerando que el número mínimo de ACS por equipo es de uno (1)<sup>(14)</sup>, muchas unidades tienen un número de agentes por debajo del necesario para cubrir todas las demandas de la población, lo que las obliga a enfocarse solo en las familias más necesitadas, dejando a otras sin cobertura. Esto puede afectar la calidad de las visitas y limitar las prácticas educativas y la promoción de la equidad en salud en el territorio.

La calidad de la visita domiciliaria del agente también fue mayor en los equipos que refirieron monitorear y analizar indicadores e información de salud, actividades esenciales para la toma de decisiones, la implementación de acciones y políticas de salud, y la evaluación de la calidad del cuidado brindado por el equipo de ESF. Además, estas acciones han sido consideradas para la transferencia de recursos financieros a los municipios según el desempeño de los equipos, una estrategia adoptada para fortalecer la atención primaria de salud<sup>(25)</sup>.

Sin embargo, el incentivo financiero por medio del PMAC finalizó en 2019 y reemplazado por el Programa PREVINE Brasil<sup>(26)</sup>. En el modelo de financiamiento anterior, había una composición diferente del presupuesto, como el Presupuesto de Atención Primaria (PAB, acrónimo de "Piso de Atenção Básica", en portugués) fijo, el PAB variable con recursos para equipo de ESF, Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF, acrónimo en portugués) y otros, con transferencias fondo a fondo para los municipios con equipos que se unieron al PMAC, para estimular la

resolución de problemas en la atención básica. El proceso de evaluación externa del PMAQ involucraba la participación de diferentes actores, como la sociedad civil, profesionales de la salud, gestores e instituciones académicas de enseñanza e investigación; además, abordaba un conjunto de indicadores de calidad que reflejaban procesos de organización de los servicios y prácticas de los profesionales en el equipo y en el territorio<sup>(25,27)</sup>.

Mientras tanto, el nuevo modelo de evaluación produjo un retroceso en el financiamiento de la atención primaria al centrar el incentivo en el registro de individuos y en el cumplimiento de metas de un número reducido de indicadores orientados hacia un modelo biomédico, sin territorio de cobertura definido ni población de referencia para los equipos de salud<sup>(27-28)</sup>. Además de los efectos perjudiciales sobre el financiamiento de la atención básica para los municipios, estos cambios pueden afectar la calidad de la atención a la salud<sup>(27-29)</sup>. El PREVINE Brasil puede perjudicar la universalidad y equidad del SUS al vincular los recursos a los usuarios registrados y a un conjunto limitado de indicadores<sup>(28)</sup>. Cabe destacar que entre los indicadores del PREVINE no se menciona la evaluación del trabajo de los ACS, interrumpiendo el proceso de evaluación. Evaluar y monitorear indicadores y generar información de salud que abarque la integralidad y la complejidad del servicio y del cuidado contribuye a mejorar la calidad y la aplicación de los principios del SUS y los atributos de la atención primaria.

Evaluar la satisfacción del usuario también fue un factor que contribuyó a la calidad de la visita domiciliaria del agente. La satisfacción del usuario es esencial en el proceso de evaluación; constituye una herramienta importante para identificar aspectos y situaciones que influyen positiva o negativamente en la atención a la población<sup>(30)</sup>. La opinión del usuario representa el mejor instrumento de evaluación y participación social, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud público de calidad, equitativo y universal, que atienda las verdaderas necesidades de su población<sup>(30)</sup>.

La calidad de la visita domiciliaria del agente también fue mayor en los equipos que no tenían población sin cobertura de agentes. Los expertos en el área<sup>(31)</sup> destacan que simplemente implementar la ESF no garantiza cambios en el modelo de atención a la salud; es necesario modificar la forma de prestación de servicios y la actuación de los profesionales. No es el cambio en la estructura del modelo lo que garantizará prácticas centradas en la persona, sino los cambios en el proceso de trabajo, que deben incluir la acogida, el vínculo y la responsabilidad por parte de los profesionales<sup>(31)</sup>.

Los usuarios con condiciones crónicas y aquellos que conviven con personas con dificultades de locomoción

también estuvieron asociados con un aumento en la calidad de la visita domiciliaria del agente. Estos resultados están en línea con el método de planificación de las visitas domiciliarias, cuyo enfoque principal es el seguimiento de los grupos prioritarios, correspondientes a las acciones programáticas del Ministerio de Salud, entre ellos hipertensos, diabéticos y personas encamadas o domiciliadas<sup>(32)</sup>. Este resultado destaca la importancia del agente en la promoción de la equidad en salud, pero plantea la necesidad de reflexionar si estos resultados refuerzan o no una atención centrada en la enfermedad.

Este estudio no encontró diferencias significativas en el indicador compuesto de calidad de la visita del ACS según factores sociodemográficos de los usuarios, lo que refuerza que las visitas domiciliarias del ACS promueven la equidad no solo en el acceso a los servicios<sup>(21)</sup>, sino también en la calidad de la atención sanitaria prestada. El agente se presenta como facilitador de la relación entre el usuario y el acceso a los servicios de salud, lo que significa que puede ser el principal vínculo de las poblaciones vulnerabilizadas, y así, ser protagonista de cuidados que consideran los principios de integralidad<sup>(18)</sup>.

El ACS ha sido considerado un participante activo y efectivo en la construcción de un SUS universal e integral, que por medio de su trabajo materializa y fortalece los atributos de la atención primaria<sup>(33)</sup>, actuando no solo como soporte para la ejecución de acciones educativas en salud. Su participación como integrante de los equipos de atención básica no debería ser una opción, sino una obligación, ya que forma parte de la lucha histórica por garantizar el derecho integral a la salud en el SUS<sup>(33)</sup>.

Sin embargo, las modificaciones de la PNAB 2017 en cuanto a la configuración de los equipos de ESF podrían llevar al agente comunitario a convertirse en una categoría profesional en extinción, debido a la reducción del número de agentes vinculados a cada equipo y la pérdida de sus funciones y del trabajo educativo que realiza<sup>(22)</sup>. Estas cuestiones podrían interrumpir los vínculos con los usuarios, el seguimiento, la ejecución de acciones educativas y preventivas, además de fomentar inequidades en el acceso y en la calidad de la atención sanitaria. Ante este contexto, se destaca la necesidad de debatir las modificaciones propuestas por la actual PNAB, en relación con la incorporación del ACS en los equipos, considerando las posibles rupturas en las prácticas de salud en los territorios, y de monitorear los resultados de estos cambios en la salud de la población, especialmente la más vulnerable.

Las limitaciones de este estudio incluyen un posible sesgo de selección, considerando que la adhesión de los equipos al PMAC es una decisión voluntaria. La calidad de la visita domiciliaria del agente podría ser aún más precaria de lo que muestran los resultados de este estudio,

ya que es probable que los equipos en condiciones de trabajo insuficientes o precarias no hayan participado en el programa. Además, se necesitan investigaciones que evalúen la efectividad y el impacto de la calidad del proceso de trabajo en la salud de la población.

Los hallazgos de esta investigación refuerzan la necesidad de mejorar la calidad de las visitas domiciliarias del agente comunitario de salud, así como la importancia de la organización del proceso de trabajo de los equipos y el proceso de evaluación de indicadores para fomentar la calidad de la visita del agente y resaltar la relevancia de este profesional en la promoción de la equidad en salud.

Se sugiere avanzar en la perspectiva de la formación y capacitación de los ACS, para permitir reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad y sus determinantes sociales, el trabajo en equipo, las concepciones de familia, comunidad y territorio, y las concepciones de libertad y autonomía de los usuarios, así como las políticas de salud y sus objetivos. El lugar que ocupa el agente en el equipo es otro aspecto que debe ser problematizado, con el objetivo de ofrecer una participación más reconocida y valorada<sup>(23)</sup>. Además, es fundamental el involucramiento del equipo de salud de la familia – médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y otros profesionales del equipo multiprofesional – en la organización y direccionamiento del proceso de trabajo de los ACS.

En el contexto de la organización del proceso de trabajo y evaluación orientada a fomentar la calidad del servicio, se destaca el papel fundamental del enfermero, quien a lo largo de la historia se ha constituido como un agente de cambio en el cuidado de la atención básica, donde las acciones de territorialización y atención sanitaria destacan en su proceso de trabajo, con un enfoque en las acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, atendiendo tanto a las necesidades individuales como colectivas<sup>(16)</sup>. Esto coincide con la propuesta del nuevo modelo asistencial. Ante las limitaciones y retrocesos presentes en la nueva PNAB<sup>(14)</sup>, como la flexibilización del número de ACS, corresponde al enfermero, junto con el equipo multiprofesional, el desafío de planificar y gestionar la atención desde la perspectiva del territorio, para ofrecer a las personas de todas las etapas de la vida una atención sanitaria de calidad, y así promover los principios del SUS y los atributos de la atención primaria.

## Conclusión

El indicador compuesto de calidad adecuada de la visita del ACS fue del 51,9%, y la prevalencia fue mayor en el Nordeste, en municipios más pequeños, entre equipos con una definición de área de cobertura, que realizaban

evaluación de indicadores y de la satisfacción del usuario, que utilizaban criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición del número de personas bajo su responsabilidad, sin áreas no cubierta por agentes, entre usuarios con enfermedades crónicas y aquellos que tenían a alguien en el hogar con dificultades de locomoción. Estos resultados son esenciales para las prácticas de gestión y el proceso de trabajo del enfermero de la ESF, ya que este es el supervisor del trabajo del ACS, líder del equipo en la atención básica y protagonista, junto con el equipo multidisciplinario, en el fortalecimiento y la calidad de la atención primaria en salud.

## Referencias

- 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>
- 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>
- 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>
- 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%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%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20(1).pdf)
- 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>
- 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/acessoPublico/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/abcsbs.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 N° 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, Funguetto 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 tecoassistencial. 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>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Obtención de datos:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Análisis e interpretación de los datos:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi. **Ánalisis estadístico:** Marciane Kessler, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi. **Obtención de financiación:** Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi. **Redacción del manuscrito:** Marciane Kessler, Luiza Carolina Moro. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Marciane Kessler, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini, Luiza Carolina Moro, Elaine Tomasi.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflictos de intereses:** Los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 03.11.2023  
Aceptado: 20.07.2024

Editora Asociada:  
Aline Aparecida Monroe

**Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.  
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:  
Marciane Kessler  
E-mail: [marcianekekessler23@gmail.com](mailto:marcianekekessler23@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-4778-8224>