



FATORES ASSOCIADOS AO CADASTRAMENTO E FREQUÊNCIA DE VISITAS DOMICILIARES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tatiana Souza Martins - Universidade Federal Fluminense (UFF), tatianasouzamartins@hotmail.com

José Rodrigo de Moraes - Universidade Federal Fluminense (UFF), jrodrigo@id.uff.br

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca reorganizar a atenção básica de saúde no Brasil, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo a família o centro de atenção. Este trabalho visa avaliar a associação entre as características sociodemográficas e de saúde dos moradores e o desfecho de cadastramento e frequência de visitas domiciliares das equipes da ESF, no Brasil. Foi conduzido um estudo transversal, com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. Foram consideradas três categorias para o desfecho de cadastramento e visita domiciliar: 1) cadastrado com no máximo uma visita; 2) cadastrado com pelo menos duas visitas; e 3) não cadastrado na ESF. Usando modelo logístico multinomial, considerando o plano amostral complexo da PNS, foram obtidas as razões de chances ajustadas, os seus intervalos de 95% de confiança e p-valores do teste de Wald. De modo geral, para ambas as equações, observou-se maior chance de cadastramento na ESF para os domicílios na região Nordeste *versus* Sudeste, os situados em áreas rurais, e aqueles com esgotamento sanitário e densidade habitacional inadequados. Domicílios com mais de 75% a 100% de moradores com autoavaliação de saúde negativa apresentaram maior chance de cadastramento na ESF, comparativamente aqueles com até 25% de moradores com saúde negativa. Conclui-se que a ESF prioriza as visitas domiciliares para as famílias com condições inadequadas de moradia, em termos de esgotamento sanitário e densidade habitacional, e para os domicílios com elevado percentual de moradores com condições de saúde autorreferida negativa.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, modelo logístico multinomial, plano amostral complexo, Pesquisa Nacional de Saúde.

Abstract

The Family Health Strategy (FHS) seeks to reorganize primary health care in Brazil, through health promotion and disease prevention actions, with the family being the center of attention. This study aims to assess the association between the sociodemographic and health characteristics of residents and the outcome of registration and frequency of home visits by FHS teams in Brazil. A cross-sectional study was conducted, using data from the National Health Survey (NHS) 2013. Three categories were considered for the outcome of registration and home visit: 1) registered with a maximum of one visit; 2) registered with at least two visits; and 3) not registered in the FHS. Using a multinomial logistic model, considering the complex sampling plan of the NHS, adjusted odds ratios (OR), their 95% confidence intervals and p-values of the Wald test were obtained. In general, for both equations, there was a greater odds of registering in the FHS for households in the Northeast *versus* Southeast, those located in rural areas, those with sanitary sewage and housing density inadequate. Households with more than 75% to 100% of residents with negative self-rated health had a greater odds of registering in the FHS, compared to those with up to 25% of residents with negative health. It is concluded that the FHS prioritizes home visits for families with inadequate housing conditions, in terms of sanitary sewage and housing density, and for households with a high percentage of residents with negative self-reported health conditions.

Keywords: Family Health Strategy, multinomial logistic model, complex sample plan, National Health Survey.



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde no final de 1993, e inicialmente era conhecida como Programa Saúde da Família. Nasceu devido à precarização do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, quando cerca de 1000 municípios ainda não possuíam médicos (BRASIL, 2010). Trata-se de uma estratégia para reorganizar a atenção básica no Brasil em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012); onde o enfoque é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, de forma que a família seja o centro de atenção (BRASIL, 1997).

É recomendado pelo Ministério da Saúde que a prioridade da ESF sejam as famílias e territórios com maior grau de vulnerabilidade e risco epidemiológico para que seja garantido o princípio da equidade a todos os indivíduos.

A equipe de Saúde da Família (eSF) é uma equipe multiprofissional que tem a função de realizar o cadastro das famílias por meio de visitas domiciliares, e têm como meta a atenção à saúde das famílias em suas áreas de abrangência, para que conheçam as suas condições de vida e saúde, e identifiquem as ações necessárias para melhorar a situação de saúde da população de acordo com as especificidades das famílias (ELIAS; COSTA, 2009)

Objetivo

Avaliar a associação entre as características sociodemográficas e de saúde dos moradores dos domicílios e o desfecho de cadastramento e frequência de visitas domiciliares das equipes da ESF, no Brasil.

Material e Método

Foi conduzido um estudo transversal, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. A PNS é uma pesquisa de abrangência nacional, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com o Ministério da Saúde, que utilizou um plano amostral complexo (IBGE, 2014).

Foram consideradas três categorias mutuamente exclusivas para o desfecho de cadastramento e visita domiciliar: 1) cadastrado com no máximo uma visita domiciliar da equipe da ESF; 2) cadastrado com pelo menos duas visitas domiciliares da equipe da ESF; e 3) não cadastrado na ESF. As variáveis explicativas consideradas na modelagem estatística correspondem as características sociodemográficas e de saúde dos moradores, tais como: macrorregião de residência, situação censitária, padrão construtivo da moradia, forma de abastecimento de água, forma de esgotamento sanitário, destino do lixo, origem da energia



elétrica, densidade habitacional, posse de bens básicos e percentual de moradores com autoavaliação de saúde negativa.

A partir do ajuste do modelo de regressão logística multinomial (KUTNER, NACHTSHEIM, NETER, 2004) foram obtidas as razões de chances ajustadas (*odds ratios* - OR), seus intervalos de 95% de confiança, e p-valores do teste de Wald. Foram consideradas no modelo final apenas as variáveis que tiveram uma associação significativa com o desfecho a um nível de significância de 5%. O ajuste do modelo foi realizado por meio da função *svymultinom* do pacote *svrepmisc* (GANZ, 2020) do software R, incorporando as informações do plano amostral adotado na PNS 2013, como pesos amostrais, estratos e unidades primárias de amostragem (LUMLEY, 2004; SOUZA-JUNIOR; FREITAS; ANTONACI; SZWARCOWALD, 2015).

Resultados e Discussão

A tabela 1 apresenta os principais resultados do ajuste do modelo logístico multinomial selecionado, para ambas as equações.

De modo geral, pode-se destacar, que as chances de cadastramento na ESF com “no máximo uma visita domiciliar” e “com duas ou mais visitas” foram maiores para os domicílios localizados na região Nordeste *versus* Sudeste, os localizados em áreas rurais, e aqueles com esgotamento sanitário e densidade habitacional inadequados. Adicionalmente, para ambas as equações do modelo, observou-se que domicílios com até 25% de moradores com autoavaliação de saúde negativa apresentaram chances de cadastramento na ESF menores que as dos domicílios com mais de 75% a 100% de moradores reportando saúde negativa.

A forma de abastecimento de água e a posse de bens básicos não apresentaram a associação esperada com o cadastramento na ESF, o que pode indicar a não prioridade destes aspectos como critérios para escolha de cadastramento domiciliar. Segundo Camello et al. (2009), embora a ESF tenha avançado em relação ao acesso da população à serviços de saúde, as equipes trabalham pouco a questão ambiental e ainda necessitam de formação específica para lidar com o tema.

Tabela 1 – Resultados do ajuste do modelo logístico multinomial (selecionado) para o desfecho de cadastramento e visita domiciliar, para ambas as equações.

Variáveis	Equação 1			Equação 2		
	Cadastrado com no máximo uma visita da eSF versus não cadastrado			Cadastrado com duas ou mais visitas da eSF versus não cadastrado		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Macrorregião						
Norte	0,79	[0,65-0,96]	0,018	1,11	[0,94-1,32]	0,224
Nordeste	1,37	[1,17-1,62]	<0,001	2,20	[1,90-2,54]	<0,001
Sudeste	1	-	-	1	-	-
Centro-Oeste	0,67	[0,55-0,80]	<0,001	1,45	[1,23-1,71]	<0,001
Sul	1,17	[0,98-1,41]	0,086	1,35	[1,10-1,66]	0,004
Situação Censitária						
Urbana	0,76	[0,60-0,96]	0,023	0,44	[0,36-0,53]	<0,001
Rural	1	-	-	1	-	-
Abastecimento de água						
Adequada	1	-	-	1	-	-
Inadequada	0,79	[0,66-0,95]	0,011	0,88	[0,75-1,03]	0,112
Esgotamento sanitário						
Adequada	1	-	-	1	-	-
Inadequada	1,80	[1,53-2,12]	<0,001	2,41	[2,10-2,75]	<0,001
Posse de bens básicos						
Adequada	1	-	-	1	-	-
Inadequada	0,31	[0,12-0,79]	0,014	0,48	[0,25-0,91]	0,024
Densidade habitacional						
Adequada	1	-	-	1	-	-
Inadequada	1,58	[1,18-2,11]	0,002	1,55	[1,20-2,01]	0,001
% Saúde negativa						
Até 25%	0,80	[0,71-0,90]	<0,001	0,70	[0,63-0,77]	<0,001
Mais de 25 a 50%	1,12	[1,12-0,97]	0,129	1,02	[0,90-1,15]	0,771
Mais de 50 a 75%	1,13	[1,13-0,90]	0,294	1,27	[1,05-1,53]	0,014
Mais de 75 a 100%	1	-	-	1	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PNS 2013

Conclusão

Características habitacionais inadequadas, situação de domicílio rural e, sobretudo, a macrorregião Nordeste de residência mostraram-se associadas com o maior cadastramento na ESF. Domicílios com percentual elevado de moradores com saúde autorreferida negativa também foram os mais cadastrados na estratégia. Desse modo, conclui-se que a ESF priorizou as visitas domiciliares para as famílias com condições inadequadas de moradia relativas ao esgotamento sanitário e à densidade habitacional, e para os domicílios com elevado percentual de moradores com condições de saúde autorreferida negativa.



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMELLO T.C.F.; GARCIA V.S.; ARAÚJO S.B.; ALMEIDA JR. Gestão e vigilância em saúde ambiental. Rio de Janeiro: Thex, 2009.
- ELIAS L.B.; COSTA N.R.A. Equipe de saúde da família: reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde. *Investigação*, v. 9, n. 1, p. 91–99, 2009.
- GANZ, C. Svrepmisc: Miscellaneous Functions for Replicate Weights. R package version 0.2.2. Disponível em: <https://github.com/carlganz/svrepmisc>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças Crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- KUTNER, M.H.; NACHTSHEIM, C.J.; NETER, J. *Applied Linear Regression Models*. McGraw-Hill, 4th ed., 2004.
- LUMLEY, T. Analysis of complex survey samples. *Journal of Statistical Software*, v. 9, n.1, p. 1-19, 2004.
- SOUZA-JUNIOR, P.R.B.; FREITAS, M.P.S.; ANTONACI, G.A.; SZWARCOWALD, C.L. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 207-216, 2015.