



Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica

Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care

Visitas domiciliarias del enfermero y su relación con las hospitalizaciones por enfermedades sensibles a la atención primaria

Mayra Romélia Leite Garcia¹

Daniel Souza Sacramento²

Hadelândia Milon de Oliveira¹

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves^{1,3}

1. Universidade Federal do Amazonas.

Manaus, AM, Brasil.

2. Prefeitura Municipal de Manaus, Secretaria

Municipal de Saúde de Manaus. Manaus,

AM, Brasil.

3. Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação

Oswaldo Cruz. Manaus, AM, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar se as visitas domiciliares registradas pela estratégia saúde da família são proporcionais à população registrada e à população coberta pela estratégia, e sua relação com a taxa de internação por condições sensíveis a atenção básica. **Método:** Foram coletados dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica e Sistema de Informações Hospitalares referentes a: cobertura populacional potencial, número de visitas realizadas, internações por doenças sensíveis a atenção básica. Foi realizada análise exploratória com agrupamento dos dados por triênio (2010-2012 e 2013-2015) e atribuição de escores para cada variável, permitindo estabelecer a classificação a baixa, média e alta. **Resultados:** Identificou-se que a quantidade de visitas domiciliares registradas não atende a cobertura populacional estimada, assim como não impacta nas internações sensíveis à atenção básica. **Conclusão e implicações para a prática:** Mesmo com elevada cobertura da estratégia saúde da família, as visitas domiciliares ainda não são o principal foco dos enfermeiros. As visitas domiciliares deveriam ser utilizadas como ferramenta de prevenção de doenças e promoção da saúde, o que talvez explique a não redução das internações sensíveis à atenção básica.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Visita Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify if nurses' home visits recorded by the family health strategy are proportional to the registered population and the population covered by the family health team, and its relationship with the rate of hospitalization for conditions sensitive to primary health care. **Method:** Secondary data were gathered from the Information Systems of Primary Care and Hospitalization regarding potential population coverage, number of visits done, hospitalizations for diseases sensitive to primary health care. An exploratory analysis was performed with data grouping for triennium (2010-2012 and 2013-2015) and assignment of scores for each variable, creating the classification strata in: low, medium and high. **Results:** It was identified that the number of registered home visits does not meet the estimated population coverage as well as does not impact on the admissions sensitive to primary health care. **Conclusion and implications for practice:** Even with high coverage of the family health strategy, home visits are not the main focus of nurses yet. Home visits should be used as a tool for disease prevention and health promotion, which may explain the non-reduction of hospitalizations sensitive to primary health care.

Keywords: Family Health Strategy; Home Calls; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar si las visitas domiciliarias registradas en la Estrategia Salud de la Familia son proporcionales a la población registrada y la población cubierta por la estrategia, y su relación con la tasa de internación por condiciones sensibles a la atención básica. **Método:** Se recogieron datos secundarios del Sistema de Información de la Atención Básica y Sistemas de Información Hospitalaria con respecto a: cobertura poblacional potencial, número de visitas realizadas, internaciones por enfermedades sensibles a la atención básica. Se ha llevado a cabo un análisis exploratorio con agrupación de los datos por trienio (2010-12 y 2013-15) y asignación de escores para cada variable, permitiendo establecer la clasificación en baja, media y alta. **Resultados:** Se identificó que la cantidad de visitas domiciliarias registradas no atiende la cobertura poblacional estimada así como no impacta en las internaciones sensibles a la atención básica. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** A pesar de la elevada cobertura de la estrategia salud de la familia, las visitas domiciliarias aún no son el principal foco de los enfermeros. Las visitas domiciliarias deberían ser utilizadas como herramienta de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que quizá explique la no reducción de las internaciones sensibles a la atención básica.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar; Visita domiciliaria; Atención Primaria de Salud.

Autor correspondente:

Hadelândia Milon de Oliveira.

E-mail: hmilon@ufam.edu.br

Recebido em 22/09/2018.

Aprovado em 17/12/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285

INTRODUÇÃO

Sedimentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no Brasil, a atenção básica (AB) determina a família como objeto principal da atenção, que por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelece o vínculo entre a população e o sistema de saúde. Suas diretrizes são: ter adstrição do território, acesso universal, vinculação de pessoas, famílias e grupos a profissionais ou equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado, possibilitando vínculo e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.^{1,2}

Dentre as atribuições da equipe da ESF estão as visitas domiciliares, programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e estratificação de risco da população adscrita.³ Estas, por sua vez, permitem aos enfermeiros conhecer o contexto social e identificar as necessidades de saúde das famílias atendidas por esses profissionais, possibilitando uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença, subsidiando ações de intervenção visando à prevenção de doenças e promoção da saúde da coletividade.

Embora a prática da visita domiciliar não possa ser concebida como único elemento que influencia as internações por condições sensíveis a AB, considera-se uma proxy da atenção à saúde, especialmente no aspecto de prevenção e promoção à saúde, assim como pode ser um indicador de atuação da ESF no território.⁴ Ademais, deve-se considerar que o quantitativo de visitas não expressa sua qualidade e ainda deve sofrer interferência da cobertura populacional, que, por sua vez, pode influenciar diretamente no número de visitas.⁵ Esse número também pode ser influenciado pela necessidade de saúde da população, não permitindo a uniformidade proporcional entre o número de visitas e o número de famílias cadastradas.

A taxa de internações por condições sensíveis a AB é um indicador indireto da atuação das equipes de saúde da família,^{6,7} as quais possuem condições para atuar preventivamente sobre as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis; contudo, não são detectados estudos específicos sobre a visita domiciliar do enfermeiro e, tampouco, fazendo a relação com as internações sensíveis à atenção primária.

Este artigo objetiva identificar se as visitas domiciliares registradas pela ESF são proporcionais à população registrada e à população coberta pela ESF e, identificar sua relação com a taxa de internação por condições sensíveis a AB.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, ecológico, quantitativo, utilizando dados secundários do Departamento de Informática do SUS (www.datasus.gov.br. Acesso em 28/06/2016), por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Os dados deste estudo são referentes aos municípios do estado do Amazonas. O Amazonas, segundo o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística^a, é o maior estado em extensão territorial da Federação com 1.559.146,2 km². Em 2017, sua população estimada era de 4.080.611 habitantes, com densidade demográfica de 2,23 hab/km². Tais características geográficas tornam o acesso aos serviços de saúde desfavoráveis à população que, somando-se às condições socioeconômicas, deixam-na vulnerável a diversas condições de saúde,⁵ em especial, aqueles nos quais a AB tem atuação direta.

Para coleta de dados anuais referentes às visitas do enfermeiro por número de famílias cadastradas na ESF e análise de cobertura populacional potencial por municípios do Amazonas no período de 2010 a 2015, foram coletadas as seguintes variáveis no SIAB: população total, teto assistencial, ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde, ESF cadastradas no SIAB, ESF implantadas, estimativa da população coberta, proporção da cobertura populacional potencial, número de domicílios cadastrados que receberam visitas em cada mês dos anos selecionados.

Os dados referentes ao número de casos de internação por doenças sensíveis à atenção primária^{8,9} foram coletados no SIH (www.datasus.gov.br. Acesso em 28/07/2016), com base na lista de morbidade da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10^a revisão.¹⁰ Foram coletados os números de internação por: Asma (J45), Insuficiência cardíaca (I50), Pneumonia (J12 a J18), Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) e, posteriormente, calculada a taxa de internação para este grupo de doenças, utilizando como denominador a população total estimada para cada município, conforme cálculo abaixo:

$$\text{Taxa de Internação} = \frac{(\text{Número de internações hospitalares por causas selecionadas})}{(\text{População estimada no período avaliado})} \times 100.000$$

Para análise de cobertura populacional potencial, foi realizado o cálculo do percentual de cobertura populacional potencial, segundo a fórmula utilizada pelo Ministério da Saúde¹¹:

$$\text{Cobertura populacional potencial} = \frac{(\text{Número de equipes} \times 3.450)}{(\text{Número de residentes no município})} \times 100.000$$

Para dados disponíveis mês a mês escolhemos o mês de julho como representante do ano referido, acompanhando recomendação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na qual, o mês de referência adotado é aquele que antecede ao mês de realização de nova pesquisa.¹²

Para análise do número de visitas realizadas por enfermeiro, foi considerada uma visita do enfermeiro por mês a cada ano, como número desejável, a cada família cadastrada por número

de equipes em cada município. Então, calculou-se a razão de visitas domiciliares, dividindo o número de visitas realizadas pelo número desejável de visitas, conforme preconiza a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.¹

A análise dos dados ocorreu em duas fases: fase exploratória e fase de agrupamento.

Na fase exploratória, os dados anuais foram avaliados em frequência e percentual por município, explorando suas diferenças e avaliando a distribuição, média e desvio padrão dos mesmos. Ao analisar a variação dos dados nos anos, optou-se por agrupar pela média dos dados anuais em triênios: 2010 a 2012 e 2013 a 2015.

Na segunda etapa da análise de dados, houve a avaliação dos dados médios dos triênios de todas as variáveis, com atribuição de escores e classificações, conforme discriminado a seguir:

- Cobertura populacional potencial conforme os seguintes pontos de corte: alta cobertura (maior que 70%), média cobertura (entre 50% e 70%) e baixa cobertura (menor que 50%), conforme valores adotados em outros estudos;^{5,13}

- Visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros da ESF, com os seguintes escores atribuídos: escore 1 (um) cujo valor estivesse dentro do intervalo esperado, ou seja, pelo menos uma visita domiciliar do enfermeiro, por mês no decorrer do ano totalizando 12 visitas ao ano, para cada família cadastrada; e escore 0 (zero) para valores abaixo desse intervalo.

- Taxa de internações, estratificada em tercils, atribuindo-se escores específicos para determinar a classificação da taxa de internações por doenças sensíveis, conforme quadro abaixo:

Ao final, foram formuladas tabelas, cruzando os escores e classificações por municípios de acordo com os triênios analisados; com vistas a identificar as discrepâncias e semelhanças de classificação da internação, em relação a visita domiciliar do enfermeiro.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2015, foram registradas 1.812.208 visitas domiciliares por enfermeiros no Amazonas. Isso corresponde em média a uma visita por família cadastrada na ESF por ano. Esse número foi semelhante quando se observam os dois conjuntos de anos deste estudo em separado, 2010-2012 e 2013-2015.

A cobertura média das ESF foi classificada em alta para 47,5% municípios no primeiro triênio, e 41,9% dos municípios. Embora tenha diminuído a quantidade de municípios na classificação alta, observa-se um movimento de municípios que passaram da classificação baixa e média para média ou alta. Nesse item não foi possível classificar São Gabriel da Cachoeira, devido ausência de dados (Tabela 1).

Em relação a razão entre o número de visitas realizadas e número de visitas desejáveis nos municípios observou-se que somente cerca de 30% dos municípios obteve razão um ou mais visitas, em ambos os triênios analisados. Os seguintes municípios apresentaram melhora na razão de visitas do primeiro triênio para o segundo triênio, Barreirinha, Manaus e Marã; em contrapartida os municípios que apresentaram queda na razão de visitas foram: Fonte Boa, Humaitá, Parintins e Uruçutuba (Tabela 1).

Observando as taxas de internação por doenças sensíveis à atenção básica, foi possível constatar a partir da divisão em tercils, que 21 municípios apresentaram alta taxa de internações no primeiro triênio reduzindo, para classificação média e baixa no segundo triênio, sendo 8 municípios: Anamá, Codajás, Itapiranga, Manicoré, São Gabriel da Cachoeira, São Sebastião do Uatumã, Silves e Uruará. Porém, em outros nove municípios, marcados em negrito na Tabela 1, houve um aumento na taxa de internações, quais sejam: Borba, Coari, Fonte Boa, Iranduba, Itamarati, Juruá, Manacapuru, Maués e Novo Airão.

Observa-se decréscimo na taxa média de internação por doenças sensíveis à atenção básica no Amazonas, durante a passagem do primeiro triênio para o segundo triênio analisados, passando de 1.208,3 internações/100 mil habitantes no primeiro triênio para 843,0 internações/100 mil habitantes no segundo triênio apesar da razão de visitas domiciliares continuarem estáveis no período.

Quadro 1. Distribuição dos tercils, escore e classificação da taxa de internação por condições sensíveis por 100 mil habitantes nos triênios 2010 a 2012 e 2013 a 2015, Amazonas.

Tercil	Taxa de internação por condições sensíveis por 100 mil habitantes		Escore	Classificação
	2010 – 2012	2013 – 2015		
1º Tercil	≤ 872	≤ 465	1	Baixo
2º Tercil	873 a 1.376	466 a 1.063	2	Médio
3º Tercil	≥ 1.377	≥ 1.064	3	Alto

Nota: As seguintes causas de internação foram selecionadas: Asma (J45), Insuficiência cardíaca (I50), Pneumonia (J12 a J18), Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09).

Tabela 1. Cobertura populacional total e razão de visitas domiciliares (VD) Amazonas (2010-2015).

Município	Cobertura total (%)		Classificação da cobertura		Razão de visitas domiciliares		Taxa de internações por doenças sensíveis a atenção básica		Classificação (taxa de internação)	
	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015
Alvarães	74,2	72	Alta	Alta	1,6	1,5	323,1	729,4	Baixa	Média
Amaturá	62,3	70,5	Média	Alta	5,2	4,7	2.128,5	1.390,7	Alta	Alta
Anamá	100	100	Alta	Alta	9,6	4,4	2.287,5	1.010,1	Alta	Média
Anori	92,8	100	Alta	Alta	0,5	0,5	461,2	111,6	Baixa	Baixa
Apuí	75,4	91,4	Média	Alta	0,9	0,4	1.746,5	1.179,9	Alta	Alta
Atalaia do Norte	37,8	76,7	Baixa	Alta	1,9	0,8	1.190,4	407,8	Média	Baixa
Autazes	100	100	Alta	Alta	0,8	0,6	974,7	427,0	Média	Baixa
Barcelos	13,4	39,9	Baixa	Baixa	0	0,4	545,8	682,0	Baixa	Média
Barreirinha	49,7	61,4	Baixa	Média	0,4	2,6	1.396,2	1.543,1	Alta	Alta
Benjamin Constant	49,1	65,8	Baixa	Média	0,2	0,2	1.181,8	950,0	Média	Média
Beruri	60,3	78,3	Média	Alta	1	0	600,4	940,7	Baixa	Média
Boa Vista do Ramos	31,6	81,4	Baixa	Alta	1,9	1,6	1.174,9	446,5	Média	Baixa
Boca do Acre	55,8	59	Média	Média	0,4	0,4	1.378,5	1.526,6	Alta	Alta
Borba**	80,9	70,4	Alta	Alta	0,7	0,3	1.066,5	1.251,2	Média	Alta
Caapiranga	100	100	Alta	Alta	6,8	2,1	592,5	622,3	Baixa	Média
Canutama	87,1	98,7	Alta	Alta	0,3	0,5	155,3	160,6	Baixa	Baixa
Carauari	39,9	48,4	Baixa	Baixa	0,5	0,2	1.113,6	528,2	Média	Média
Careiro	96,7	97,5	Alta	Alta	0,4	0,4	235,5	570,5	Baixa	Média
Careiro da Várzea	70,8	83	Alta	Alta	0,1	0,5	73,7	113,3	Baixa	Baixa
Coari**	56,8	84,5	Baixa	Alta	0,4	0,6	1.118,2	1.204,3	Média	Alta
Codajás	48	71,6	Baixa	Alta	0,5	0,6	1.776,7	445,9	Alta	Baixa
Eirunepé	89	99	Alta	Alta	0,4	0,4	896,3	1.033,4	Média	Média
Envira	61,4	87,1	Média	Alta	0,4	0	962,0	309,5	Média	Baixa
Fonte Boa**	60,7	69,4	Média	Média	0,6	0,3	1.325,6	1.079,9	Média	Alta
Guajará	88,3	97,2	Alta	Alta	1,4	1,1	2.128,8	1.369,0	Alta	Alta
Humaitá	63,8	70,1	Média	Alta	0,3	0,3	1.711,9	1.453,5	Alta	Alta
Ipixuna	66,1	58,8	Média	Média	0,3	0,4	603,7	348,5	Baixa	Baixa
Iranduba**	100	100	Alta	Alta	2,4	4,7	1.244,9	1.681,9	Média	Alta
Itacoatiara	75,8	98,9	Alta	Alta	0,6	0,6	2.058,9	1.615,4	Alta	Alta
Itamarati**	85,1	95,5	Alta	Alta	10,1	5,1	1.098,6	1.389,3	Média	Alta
Itapiranga	100	100	Alta	Alta	0,7	0,4	1.401,0	349,7	Alta	Baixa
Japurá	100	97,5	Alta	Alta	3,3	1,6	338,4	339,1	Baixa	Baixa
Juruá**	22,7	73,5	Baixa	Alta	4,3	1,5	1.204,8	1.210,5	Média	Alta
Jutai	58,7	85,5	Média	Alta	6,6	3,1	2.276,3	1.560,7	Alta	Alta

Continuação Tabela 1.

Município	Cobertura total (%)		Classificação da cobertura		Razão de visitas domiciliares		Taxa de internações por doenças sensíveis a atenção básica		Classificação (taxa de internação)	
	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015	2010-2012	2013-2015
Lábrea	65,6	70,7	Média	Alta	0,6	0,7	477,0	294,6	Baixa	Baixa
Manacapuru**	79	84,6	Alta	Alta	0,3	0,3	1.347,8	1.601,3	Média	Alta
Manaquiri	46,3	75,6	Baixa	Alta	0,8	1,9	997,1	505,9	Média	Média
Manaus	29,4	33,2	Baixa	Baixa	0,3	0,3	1.842,0	1.613,4	Alta	Alta
Manicoré	56,1	71,3	Média	Alta	0,4	0,5	2.970,7	743,4	Alta	Média
Maraã	19,4	58,8	Baixa	Média	3,2	1,2	4.697,6	1.546,3	Alta	Alta
Maués**	80,2	92,2	Alta	Alta	0,1	0,1	1.015,8	1.227,3	Média	Alta
Nhamundá	56,1	92,2	Média	Alta	0,8	0,3	318,9	283,9	Baixa	Baixa
Nova Olinda do Norte	100	84,8	Alta	Alta	1,4	1,7	759,0	330,5	Baixa	Baixa
Novo Airão**	60,7	85,3	Média	Alta	0,8	0,2	860,5	505,9	Baixa	Alta
Novo Aripuanã	55,4	72,8	Média	Alta	1,7	1,1	2.883,3	2.547,9	Alta	Alta
Parintins	74	74,2	Alta	Alta	0,5	0,4	1.372,7	880,4	Média	Média
Pauini	31,3	56,5	Baixa	Média	3,9	4,9	778,2	747,5	Baixa	Média
Presidente Figueiredo	100	100	Alta	Alta	0,4	0,5	2.020,2	1.658,4	Alta	Alta
Rio Preto da Eva	100	100	Alta	Alta	1,5	0,5	1.309,9	960,8	Média	Média
Santa Isabel do Rio Negro	43,5	59,6	Baixa	Média	1,9	1,1	566,2	87,6	Baixa	Baixa
Santo Antônio do Içá	30,9	85,1	Baixa	Alta	1,2	1,6	506,3	837,3	Baixa	Média
São Gabriel da Cachoeira*	-	-	-	-	0,3	0,2	1.574,0	441,7	Alta	Baixa
São Paulo de Olivença	53,1	67,7	Média	Média	0,6	1,2	1.207,4	545,4	Média	Média
São Sebastião do Uatumã	39,5	84,3	Baixa	Alta	0,4	0,8	1.485,2	377,5	Alta	Baixa
Silves	100	100	Alta	Alta	0,5	0,4	1.436,3	876,4	Alta	Média
Tabatinga	100	100	Alta	Alta	0,7	0,3	640,9	827,8	Baixa	Média
Tapauá	56,2	71,8	Média	Alta	5,1	1,6	1.151,1	405,1	Média	Baixa
Tefé	100	98,8	Alta	Alta	0,2	0,2	1.584,3	1.465,0	Alta	Alta
Tonantins	68,1	79,2	Média	Alta	4,8	3,7	314,0	87,3	Baixa	Baixa
Uarini	100	79,8	Alta	Alta	2	0,5	291,3	84,9	Baixa	Baixa
Urucará	95,4	100	Alta	Alta	0,5	0,5	1.447,3	556,0	Alta	Média
Urucurituba	100	100	Alta	Alta	1,1	1,2	284,8	247,4	Baixa	Baixa

Fonte: DATASUS – SIAB (28 de junho de 2016).

Notas: Selecionou-se as seguintes causas de internação: Asma (J45), Insuficiência cardíaca (I50), Pneumonia (J12 a J18), Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09). Razão de visitas domiciliares (VD) = (VD realizadas/VD desejáveis). Número de visitas desejáveis = uma visita mensal do enfermeiro em cada família cadastrada, por número de equipes de cada município. * Não foi possível a tabulação de dados desse município devido à ausência de registros no SIAB. Municípios com nome em negrito alcançaram o escore 1 (um), para visita domiciliar, em pelo menos um dos períodos analisados. ** Esses municípios obtiveram taxa de internação elevada no segundo triênio.

Nota-se na Figura 1, que no primeiro triênio o grupo de municípios com baixa taxa de internação hospitalar apresentou maior mediana da razão de visita domiciliar comparados ao de média e alta taxa de internação, no entanto, esse padrão não é observado no segundo triênio no qual a mediana da razão de visita domiciliar são próximos entre os grupos. Além disso, são observados municípios com razão de visita domiciliar alta em todos os grupos de taxa de internação, como também grande variabilidade entre os grupos nos dois triênios.

DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, foi possível obter um panorama sobre a cobertura da ESF no estado do Amazonas, bem como a ocorrência das visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros e a relação destas na taxa de internação por doenças sensíveis a AB no período de 2010 a 2015.

Evidenciou-se a falta de relação entre a cobertura populacional da ESF e a razão de visitas domiciliares. Isso pode indicar que as visitas domiciliares não ocorrem conforme o preconizado pela PNAB.¹ Nota-se que, no primeiro triênio, apesar da alta cobertura populacional da ESF na maioria dos municípios, poucos alcançaram o escore 1 para a quantidade mínima desejável de visitas domiciliares. Observou-se também aumento do número de municípios com alta cobertura da ESF, no segundo triênio, porém em contrapartida houve a diminuição no número de municípios com razão de visitas domiciliares maior ou igual a 1. Com isso, depreende-se que a cobertura da ESF não garante a quantidade mínima de visitas domiciliares. A ausência de visita domiciliar mensal do enfermeiro pode fazer com que não sejam identificadas necessidades importantes, representando uma problemática para a atenção à saúde dessas pessoas. Contudo, estudos comprovam que além da ampliação da cobertura, é comum ocorrer a priorização de serviços, como visitas domiciliares para famílias em situação de vulnerabilidade, ou ainda que os enfermeiros realizam visitas apenas quando

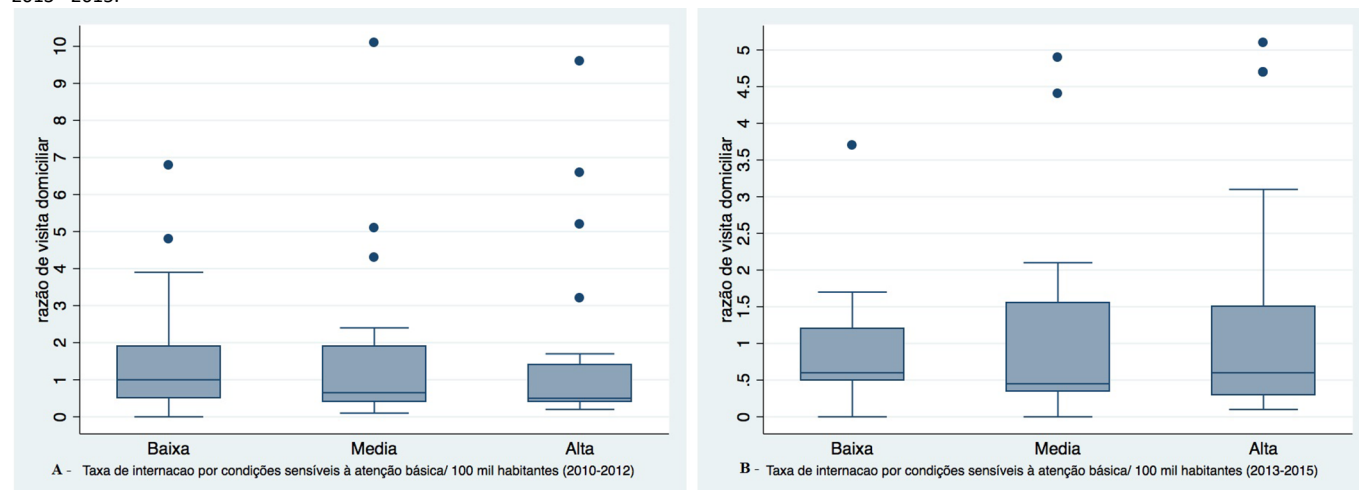
solicitado.^{14,15} Entretanto, há que se considerar que o estado do Amazonas conta com características geográficas desfavoráveis ao acesso fácil aos serviços de saúde, não garantindo que a cobertura calculada seja de fato efetivada, levando-se em conta as populações que vivem em áreas remotas ou aquelas de difícil acesso.⁵

Considerando-se que esta pesquisa é baseada em banco de dados secundários, o número real de visitas é desconhecido, pois existe a possibilidade de sub-registro, especialmente, quando se decide fazer uma visita sem que haja programação, devido a necessidade da população. Por outro lado, também há possibilidade de haver registros para além da realidade, ou seja, a visita é registrada, porém não é realizada, seja por reprogramação, seja por demanda no próprio serviço de saúde.¹⁶ Apesar dessas ponderações, considera-se que as equipes da ESF têm interesse em atingir suas metas, e a realização de visita domiciliar pelo enfermeiro está incluída, desse modo, o que indica que os resultados encontrados demonstram que está bem aquém de atender ao critério de uma visita por mês por família cadastrada.

Convém destacar também que, os resultados da pesquisa baseiam-se em dados sobre internação e não sobre indivíduos, pois a unidade de registro do SIH é o evento. Assim, múltiplas internações por doenças sensíveis a AB de um mesmo paciente não puderam ser identificadas e, além disso, os dados referem-se apenas às internações realizadas pelo SUS, limitando as extrapolações possíveis. Por outro lado, a taxa de cobertura por plano de saúde no Amazonas, nesse período, foi 13,2%, considerado baixo quando comparado ao restante do país, e os residentes do interior do Amazonas, quase em totalidade, utilizam o sistema público de saúde com taxa de cobertura por plano privado de saúde de apenas 1,0% no período (<http://www.ans.gov.br/anstabnet>. Acesso em 01 Mai 2018).

Outro aspecto que deve ser destacado, foi que a presente análise não permitiu identificar a origem dos pacientes que internaram por condições sensíveis, para saber se tinham o acesso

Figura 1. Boxplot da razão de visita domiciliar e categorias de taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica. A: Triênio 2010 - 2012; B: Triênio 2013 - 2015.



ou não à ESF, uma vez que as distâncias geográficas nos polos de serviços de saúde nos municípios do interior do Amazonas deixam muitas pessoas sem assistência básica, gerando o agravamento dos problemas de saúde para essa população.⁵ Isso causaria mais demanda por internações, que mesmo sendo por condições sensíveis à atenção básica, não se pode atribuir relação, pois os doentes já chegam em situações mais graves, que necessitam de tratamento hospitalar.

A ESF deve garantir assistência resolutiva aos problemas de saúde dos usuários, evitando as internações desnecessárias, nesse sentido entende-se que as visitas domiciliares aproximariam mais o profissional da realidade do usuário, permitindo a identificação das necessidades de saúde dos usuários precocemente. Corroborando, considera-se que o mínimo que deveria acontecer para a implementação definitiva da estratégia, seria a realização das visitas domiciliares, por ser um pressuposto da ESF, como tecnologia leve de interação no cuidado à saúde.^{17,18}

A visita domiciliar é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Segundo dados do primeiro ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 100% das equipes de saúde avaliadas no Amazonas informaram realizar visita domiciliar, porém apenas 56,1% delas informaram realizar a partir de uma agenda organizada para o cuidado e somente 13,3% utilizam protocolo de prioridades segundo grau de risco de risco e vulnerabilidade.¹⁹

Desse modo, entende-se que a visita domiciliar do enfermeiro é realizada por meio de demanda espontânea ou de acordo com situações "problemáticas" descaracterizando o caráter preventivo da visita, pois, em sua maioria, os profissionais deparam-se com situações que extrapolam a complexidade do nível básico de atenção sendo o esforço da equipe pouco resolutivo. Apesar disso, o método de trabalho na ESF deve ser organizado de forma integrada, para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e usuários, incorporando os distintos processos de trabalho, prática que facilita a interação entre os profissionais da ESF.¹⁸

Além disso, estudos relatam que há uma exigência da gestão municipal para cumprimento de metas de produtividade tanto para a realização da visita domiciliar, quanto para as demais atividades da ESF. Sendo assim, os enfermeiros enfrentam um dilema, pois, por vezes, precisam optar por realizar um número menor de visitas domiciliares para cumprir com outras metas, fato que contribui para a prática de enfermagem seja centrada nas demandas imediatas dos usuários.^{13,15,17}

A visita domiciliar possibilita reflexões sobre a prática, troca de experiências e planejamento das ações; com objetivo de fomentar a modificação do modelo de atenção à saúde, para um modelo que abranja desde a promoção à saúde até a reabilitação dos agravos da população.¹⁸ A realização de atividades coletivas ainda é considerada um desafio para todos os profissionais de saúde, os quais ainda têm, em sua formação, a centralidade na realização de procedimentos técnicos, individualizados e atrelados a tecnologias duras.

Outro fator que pode dificultar a realização das visitas é a distância entre o serviço de saúde e a área de abrangência. É comum as equipes serem responsáveis por uma área de abrangência relativamente distante da unidade; isto acontece porque em uma mesma unidade básica de saúde são alocadas mais de uma equipe e, normalmente, existe um grande número de famílias a ser visitadas, priorizando, dessa forma, aqueles com mais necessidade de acompanhamento domiciliar.²⁰ Como já citado anteriormente, devido às particularidades geográficas do interior do estado, há necessidade da gestão disponibilizar transporte para a locomoção dos profissionais até o domicílio. Dados do segundo ciclo do PMAQ, mostram que das equipes que atendiam populações especiais, tais como população rural, ribeirinhas ou indígenas, apenas 55,4% tinham disponíveis meio de transporte até o domicílio, soma-se a isso a falta de recursos materiais e humanos nas equipes.⁵

Por meio dessa análise também se constatou que a capital Manaus está entre os 10 municípios com menor razão de visita domiciliar, concomitante com as menores taxas de cobertura da ESF nos triênios analisados. A baixa cobertura somada a exigência de produtividade e área de influência da unidade maior que a área de abrangência colaboram para a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Devido esses fatores, muitos enfermeiros optam pelas atividades intramuros em contraposição às visitas domiciliares. Pode ser também que profissionais limitem as ações extramuros, principalmente pelo temor da violência urbana, situação comum em muitas localidades onde estão situadas as unidades de saúde, sendo designado esse tipo de violência, a violência territorial.²¹

Nos últimos anos, principalmente a partir de 2003, houve grande expansão da ESF em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde, principalmente por ser considerada estratégia prioritária da estruturação da APS no Brasil.²² Nesse sentido, estudos mostram que a expansão na cobertura da ESF está associada à redução das internações por doenças sensíveis a atenção básica, em praticamente todos os estados brasileiros, exceto no Amazonas, no qual houve acréscimo de 30% nas taxas de internações entre 1999 a 2007.⁵

No período do estudo (2010 - 2015), o Amazonas apresentou redução de 30% no número de internações por doenças sensíveis a atenção básica selecionadas e aumento na cobertura da ESF com 80% dos municípios com classificação de alta cobertura no segundo triênio. No entanto, as visitas domiciliares pelo enfermeiro não acompanharam o aumento da cobertura da ESF, indicando que o aumento não resultou na reorganização das práticas assistenciais capazes de intervir nos determinantes do processo saúde-doença.

O déficit no quantitativo de visitas dificulta a identificação total das necessidades das famílias, o que representa um problema para a atenção à saúde da comunidade. Percebe-se que a ausência de visitas é uma lacuna assistencial cuja oportunidade deveria ser utilizada para promoção da saúde e consequente prevenção de agravos, o que talvez impactasse nas internações, embora se reconheça que o problema da internação por

condições sensíveis à APS é muito mais amplo, e sofre influência de outros fatores, tais como: indicadores socioeconômicos e demográficos, oferta de serviços de saúde, rede de apoio à APS e oferta de profissionais (médicos/enfermeiros).^{22,23}

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Um paradoxo nos achados desta pesquisa é que mesmo com elevada cobertura de ESF, na maioria dos municípios do Amazonas, as visitas domiciliares ainda não são o principal foco dos enfermeiros visto que somente 30% dos municípios obtiveram razão de uma ou mais visitas domiciliares por família cadastrada, em ambos os triênios analisados. As visitas domiciliares deveriam ser utilizadas como ferramenta de prevenção de doenças e promoção da saúde, o que talvez explique a não redução das internações sensíveis à atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). 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 (DF): Diário Oficial da União; 2017. 68p. [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://www.imprensa.nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p. [cited 2017 Oct 25]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
3. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar; [cited 2018 Sep 29]; 16(1):161-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. DOI: 10.5216/ree.v16i1.20260
4. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2015 Apr/Jun; [cited 2018 Jul 23]; 39(2):196-207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n2e00912014
5. Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 Jan; [cited 2015 Oct 14]; 27(1):35-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100004. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000100004
6. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MGC. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018; [cited 2018 Oct 18]; 34(2):e00133816. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssp/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00133816.pdf. DOI: 10.1590/0102-311X00133816
7. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 Jan/Mar; [cited 2018 Apr 2]; 23(1):45-56. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a05.pdf>. DOI: 10.5123/S1679-49742014000100005
8. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 Apr; [cited 2016 Sep 26]; 24(4):809-19. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssp/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24n4/11.pdf. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000400011
9. Classificação Internacional de Atenção Primária - CIAP-2. In: Gusso GD, ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009. [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/28/CIAP%202%20-%20WONCA%20-%20Livro.pdf?sequence=2>
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
11. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde (BR). Manual de Enfermagem. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. 2001. [cited 2017 Aug 16]. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/392602/mod_resource/content/1/Fundamentos%20e%20cuidado%20da%20enfermagem%20na%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf
12. Freitas MAT. A Atuação do Serviço Nacional de Bioestatística nas Esferas Estatística e Sanitária. Rev Bras Estat [Internet]. 1943; [cited 2018 Apr 4]; 4(14):231-4. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/111/rbe_1943_v4_n14.pdf
13. Gaiva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2011; [cited 2016 Sep 26]; 10(4):697-704. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18313>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18313
14. Malta DC, Santos MAS, Stopa RS, Vieira JEB, Melo EA, Reis AA. A Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016; [cited 2018 Jul 24]; 21(2):327-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232015212.23602015
15. Gomes MFP, Fracolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde na família. Mundo Saúde [Internet]. 2015; [cited 2018 Jul 24]; 39(4):470-5. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf. DOI: 10.15343/0104-7809.20153904470475
16. Marcolino JS, Scochi MJ. Informação em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 Jun; [cited 2018 Apr 8]; 31(2):314-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n2/16.pdf>. DOI: 10.1590/S1983-14472010000200016
17. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 Jan/Mar; [cited 2015 Mar 5]; 17(44):61-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006. DOI: 10.1590/S1414-32832013000100006
18. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. [cited 2017 Aug 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf
19. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ECR, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. Saúde Debate [Internet]. 2014 Oct; [cited 2018 May 21]; 38(n.spe):158-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0158.pdf>. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S012

20. Santos AF, Fonseca Sobrinho D, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017; [cited 2017 Oct 2]; 33(5):e00172815. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00172815.pdf>. DOI: 10.1590/0102-311x00172815
21. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Oct/Dec; [cited 2018 Jul 24]; 22(4):935-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/09.pdf>. DOI: 10.1590/S0104-07072013000400009
22. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde. *Acta Sci* [Internet]. 2012 Jan/Jun; [cited 2018 Apr 8]; 34(1):85-93. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1311/7624-61172-1-pb.pdf>. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v34i1.7624.
23. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov; [cited 2018 May 31]; 31(11):2353-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2353.pdf>. DOI: 10.1590/0102-311X00126114.

^a Fonte de dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. @cidades [homepage]. Dados do Estado do Amazonas. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em 28/11/2018