

# Avaliação normativa das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco

*Normative evaluation of the actions of family health nurses in the control of schistosomiasis in Pernambuco*

Morgana de Freitas Caraciolo<sup>1</sup>, Denise da Silva Melo<sup>2</sup>, Louisiana Regadas Macedo de Quinino<sup>3</sup>

**RESUMO** Avaliação normativa das ações do enfermeiro da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco entre 2009 e 2011. Construiu-se e validou-se um modelo lógico a partir do aparato normativo e um questionário semiestruturado que foi aplicado a 40 enfermeiros de 40 unidades de uma amostra aleatória de 23 municípios. As ações técnicas e gestoras foram julgadas a partir da criação do indicador composto Grau de Implantação (GI). A função gestora (52,8%) esteve mais bem implantada do que a função técnica (33,3%). O GI processo foi de 47,84 pontos (incipiente). Verificou-se falha na identificação dos critérios ambientais de risco; no planejamento conjunto e na vigilância epidemiológica.

**PALAVRAS-CHAVE** Esquistossomose. Avaliação de desempenho profissional. Enfermagem em saúde comunitária.

**ABSTRACT** *Normative evaluation of nurse's actions in the control of schistosomiasis in Pernambuco within the Family Health Program was conducted between 2009 and 2011. A logic model has been built from the regulatory apparatus and a semi-structured questionnaire, which was applied to 40 nurses from 40 units of a random sample covering 23 municipalities. The actions were judged from the creation of the composite indicator Implementation Degree (GI). The management function (52.8%) was better implemented than the technical function (33.3%). The GI process was 47.84 points (incipient). There was failure in the identification of the environmental criteria of risk, in joint planning and surveillance.*

**KEYWORDS** *Schistosomiasis. Employee performance appraisal. Community health nursing.*

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil. [morganacaraciolo@gmail.com](mailto:morganacaraciolo@gmail.com)

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas) – Recife (PE), Brasil. [nyyse.ms@gmail.com](mailto:nyyse.ms@gmail.com)

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil. [louisiana\\_quinino@hotmail.com](mailto:louisiana_quinino@hotmail.com)

## Introdução

Ao considerar que as ações de controle das doenças infecciosas apresentam-se influenciadas pelo processo histórico de saúde pública no País, tem-se que, no tocante ao controle da esquistossomose, são identificados, ainda hoje, processos de trabalho que carregam consigo características do modelo de atenção à saúde sanitária campanhista, que foi amplamente difundido no Brasil como um todo durante o século XX e que é marcado por ações pontuais, verticalizadas e desintegradas das demais atividades assistenciais e de vigilância em saúde (PAIM, 2003).

Uma das consequências dessa situação é o caráter reemergente da esquistossomose dentro de um processo de contratransição epidemiológica que reza que, apesar da redução da mortalidade e prevalência, é possível identificar ainda novos quadros sintomáticos, inclusive o aumento silencioso de formas graves (TIBIRICA; GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2011).

No Brasil, Pernambuco é considerada a unidade federada com maior grau de endemicidade para a esquistossomose, apresentando uma série histórica de taxa de mortalidade cerca de cinco vezes maior que a frequência nacional. Em 2010, foram registrados 358 óbitos e, aproximadamente, 109 municípios de 5 Regionais de Saúde são endêmicos para a doença (PERNAMBUCO, 2014).

Para mudar essa realidade, os órgãos de saúde e de vigilância e controle da esquistossomose atuam incorporando novas estratégias e adaptando-as às realidades de cada região em uma tentativa de efetivação dos princípios e diretrizes do programa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, nem sempre os resultados dessas ações têm alcançado o objetivo desejado, dado que, pelas suas peculiaridades, o controle da esquistossomose somente é possível a partir de uma abordagem multiprofissional, com integração entre vigilância e assistência (BRASIL, 1999).

Os profissionais das Equipes de Saúde da

Família (EqSF) que atuam no controle da esquistossomose têm importância inquestionável nesse processo enquanto agentes implementadores, visto que são dotados de poder de decisão e funcionam como meio de ligação entre a teoria e a prática condizente com a realidade local. No entanto, ao levar em consideração os diferentes contextos nos quais se desenvolve o processo saúde-doença, verifica-se também o surgimento de diferentes maneiras de execução, o que pode ocasionar dificuldades na efetivação dos resultados (FARIA; BERTOZZI, 2010).

Entre os profissionais da EqSF, evidencia-se a prática do enfermeiro como parte de um processo coletivo no qual se concentram atividades de gestão e planejamento de recursos materiais, humanos e organizacionais, condizentes com o que é requerido para o controle da esquistossomose. Parte daí o interesse pela avaliação da adequação do seu processo de trabalho às normas de controle da esquistossomose existentes, considerando sua função técnica e gestora, uma vez que a sua atuação no contexto do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) se dobra em atividades gerenciais, assistenciais e de vigilância, atuando no controle do processo de trabalho e educação em saúde (FARIA; BERTOZZI, 2010; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Assim sendo, a avaliação do complexo processo de trabalho do enfermeiro pode funcionar como um pilar para a redefinição de estratégias de controle, fornecendo importantes subsídios para reelaboração das políticas e programas então vigentes. A partir da identificação dos 'nós críticos' no processo de trabalho desse profissional, torna-se possível formular contribuições no redirecionamento das atividades visando à melhoria da qualidade das ações de rotina realizadas (BRASIL, 1999, 2008, 2014; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Nesse sentido, este trabalho realizou uma avaliação normativa das ações de controle da esquistossomose no tocante à atuação do enfermeiro das EqSF no estado de Pernambuco,

buscando avaliar as ações do ponto de vista da abordagem sistêmica que compreende aspectos do processo de trabalho.

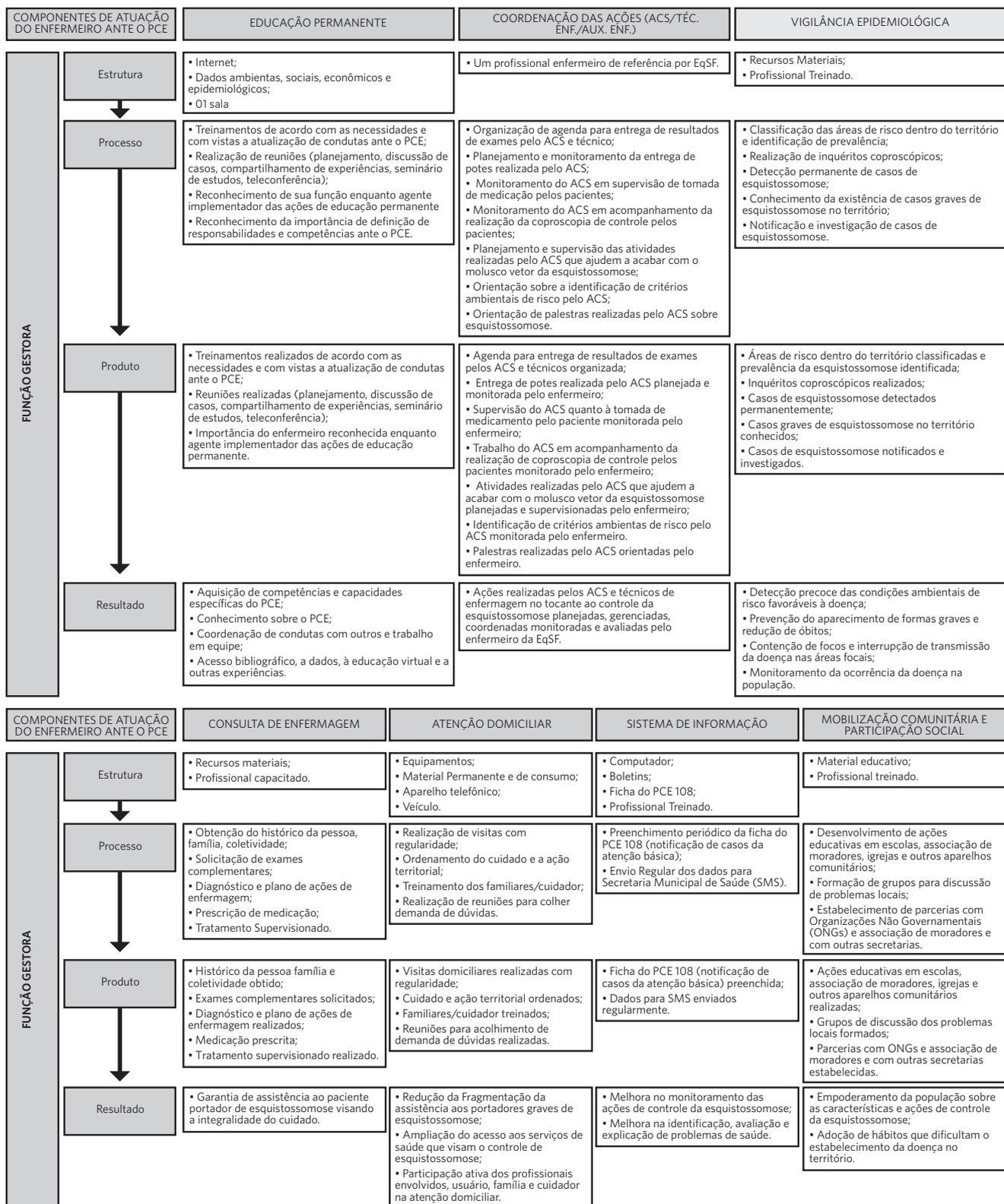
## Métodos

Estudo do tipo avaliativo normativo, descritivo, transversal, no qual foram avaliados aspectos do 'processo' de trabalho do enfermeiro de Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo o arcabouço teórico existente para o controle da esquistossomose nas instâncias municipais. Selecionaram-se aleatoriamente 23 municípios (Intervalo de Confiança: 95%; Erro: 10; variância ' $\sigma$ ' de 25) da zona endêmica para esquistossomose no estado de Pernambuco, a qual é composta por 115 municípios que compõem as 5 primeiras Gerências Regionais de Saúde (Geres) de Pernambuco. Os municípios eleitos também atenderam aos seguintes critérios: a) Ser

habilitado para ações de controle da esquistossomose; b) Não ter mudado de gestão na última eleição; c) Apresentar maior número de exames coprocópicos desde a implantação do PCE.

Para avaliação das ações, seguiram-se as recomendações que rezam que determinada realidade deva ser apreendida a partir da idealização, o que dá origem ao conceito de 'objeto-modelo' (MEDINA, 2005). Este objeto, por sua vez, somente é válido caso se revista de uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, o que é possível por meio da construção do Modelo Lógico (ML). A teoria que deu forma e validade ao modelo construído neste trabalho compôs-se das diretrizes atuais para o controle da esquistossomose nas EqSF, particularmente, as ações dos enfermeiros. Assim, o modelo se desdobrou a partir de dois componentes que balizam as ações destes: funções técnicas e gestoras apresentadas na *figura 1*.

Figura 1. Modelo lógico das ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (função gestora e função técnica) ante o PCE no estado de Pernambuco, Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Assim, para o componente 'Função Gestora' (FG), foram selecionadas as seguintes categorias de análise: Educação permanente dos membros da EqSF; Coordenação das ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem; Vigilância epidemiológica e participação social. Para o componente 'Função Técnica' (FT), tem-se como categorias de análise: Consulta de enfermagem; Atenção domiciliar; Sistema de informação e Educação em saúde e mobilização comunitária. Após sua construção, o ML foi submetido a três especialistas na área para julgarem sobre sua coerência e forma. A partir destes, elaborou-se uma matriz de julgamento preliminar para julgar se o programa está acontecendo conforme recomendado, a qual foi validada por um processo de consenso do qual participaram três pesquisadores e seis técnicos municipais. A cada um, solicitou-se que fizesse uma apreciação geral do documento após o que se apreciaram os seus comentários a respeito da forma eleita para medir (construção dos indicadores) e avaliar (pontos de corte adotados) cada item. Os resultados foram compilados e utilizados na elaboração da matriz de julgamento definitiva que foi tomada como fundamento para avaliação do Grau de Implantação (GI).

Questionários semiestruturados foram construídos em consonância com a matriz e foram aplicados a um total de 40 enfermeiros de 40 USF dos 23 municípios tomados aleatoriamente, e aplicados aos participantes via entrevista dirigida. Todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação no estudo. As unidades que participaram

do estudo foram todas as que, no momento da pesquisa, estavam realizando ações de controle da esquistossomose. As respostas foram compiladas em planilhas e alocadas na matriz de julgamento contendo os critérios, os indicadores e os padrões utilizados para avaliar cada uma das ações. Em seguida, um sistema de escores permitiu a atribuição de pontos e uma classificação de acordo com o percentual de realização das atividades. A matriz de julgamento foi composta de 24 variáveis, sendo 18 referentes às funções gestoras e 6 referentes às técnicas.

Utilizou-se o indicador composto GI para julgar se o processo de trabalho dos enfermeiros acontecia conforme o normatizado. Para sua montagem, cada item da matriz recebeu uma pontuação igual, uma vez que se partiu do princípio que cada um dos itens é igualmente importante para o controle da esquistossomose. Assim, cada item recebeu uma pontuação de acordo com o percentual de adequação às normas, obedecendo aos pontos de corte: Se igual ou mais de 75% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu 4,16 pontos; Se entre 50 e 74,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu 2,08 pontos; Se igual ou menos de 49,99% dos profissionais ou equipes se adequam aos padrões estabelecidos: o item recebeu 0 pontos.

O GI variou de zero (para processo não implantado) até 100 (para processo implantado), sendo dividido da seguinte forma: total de pontos máximo possível de ser atingido pelo 'processo' da função gestora é de aproximadamente 75 pontos e, no 'processo' da função técnica, 25 pontos. A matriz de julgamento se apresenta no *quadro 1*.

Quadro 1. Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família ante o Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão processo no estado de Pernambuco

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
Função Gestora	Conhecimento sobre o PCE	Nº de enfermeiros que conhecem o PCE/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem conhecer o PCE	Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 4,16 pontos  Se entre 50 e 74,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 2,08 pontos  Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Conhecimento sobre as formas de transmissão da esquistossomose	Nº de enfermeiros que têm conhecimento sobre as formas de transmissão da esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem conhecer as formas de transmissão da esquistossomose	
	Identificação do caramujo transmissor da esquistossomose	Nº de enfermeiros que identificam o caramujo transmissor da esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem identificar o caramujo transmissor da esquistossomose	
	Realização de reuniões para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde	Nº de enfermeiros que realizam reuniões para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem realizar reuniões para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde	
	Reconhecimento da importância de se reunir para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde	Nº de enfermeiros que reconhecem a importância de se reunir para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem reconhecer a importância de se reunir para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde	
	Organização de agenda para entrega de resultados de exames pelos ACS e/ou técnicos de enfermagem	Nº de enfermeiros que organizam uma agenda para entrega de resultados de exames pelos ACS e/ou técnicos de enfermagem / total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem ter organizado uma agenda para entregas de resultados de exames pelos ACS e/ou técnicos de enfermagem.	
	Planejamento e monitoramento da distribuição de potes realizada pelos ACS	Nº de enfermeiros que planejam e monitoram a distribuição de potes realizada pelo ACS/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem monitorar a distribuição de potes realizada pelo ACS	
	Orientação do ACS para supervisão de tomada de medicação pelo paciente	Nº de enfermeiros que orientam o ACS para supervisão de tomada de medicação pelo paciente/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem orientar o ACS para supervisão de tomada de medicação pelo paciente	
	Monitoramento do trabalho do ACS em acompanhamento da realização da coproscopia de controle pelos pacientes	Nº de enfermeiros que monitoram o trabalho do ACS em acompanhamento da realização de coproscopia de controle pelos pacientes/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem monitorar o trabalho do ACS em acompanhamento da realização de coproscopias de controle pelos pacientes	
	Planejamento e supervisão das atividades realizadas pelo ACS que ajudem a acabar com o molusco vetor	Nº de enfermeiros que planejam e supervisionam as atividades de malacologia realizadas pelo ACS/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem planejar e supervisionar as atividades de malacologia realizadas pelo ACS	

Quadro 1. (cont.)

	Monitorar a identificação de critérios ambientais de risco pelo ACS	Nº de enfermeiros que monitoraram a identificação de critérios ambientais de risco pelo ACS/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem monitorar a identificação de critérios ambientais de risco pelo ACS (mediante documento comprobatório)		
	Orientar palestras realizadas pelo ACS sobre esquistossomose	Nº de enfermeiros que acompanham a realização de palestras pelo ACS sobre esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem orientar as palestras realizadas pelo ACS sobre esquistossomose		
	Classificação das áreas de risco para transmissão da esquistossomose	Nº de enfermeiros que sabem classificar as áreas de risco para transmissão da esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem saber classificar áreas de risco para transmissão da esquistossomose (áreas indenes e vulneráveis, áreas focais e áreas endêmicas) e saber identificar a prevalência (casos novos e em tratamento) da doença na área de abrangência da EqSF	Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 4,16 pontos	
Função Gestora	Identificação de prevalência da doença no território de abrangência da EqSF	Nº de enfermeiros tem conhecimento sobre a prevalência da esquistossomose na área/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem ter conhecimento sobre a prevalência da esquistossomose na área	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 2,08 pontos	
	Participação na realização de inquéritos coproscópicos	Nº de enfermeiros que participam da realização de inquéritos coproscópicos/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem participar da realização de inquéritos coproscópicos		
	Deteção permanente de casos novos de esquistossomose	Nº de enfermeiros que detectam permanentemente casos novos de esquistossomose (através de notificação no Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE) pela ficha PCE 108)/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem detectar permanentemente casos novos de esquistossomose (através de notificação no SISPCE pela ficha PCE 108)	Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos	
	Conhecimento da existência de casos graves de esquistossomose no território	Nº de enfermeiros que apresentam conhecimento sobre a existência de casos graves de esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem apresentar conhecimento sobre a existência de casos graves de esquistossomose (forma clínica hepatoesplênica compensada, descompensada e complicada)		
	Notificação e investigação de casos de esquistossomose	Nº de enfermeiros que notificam e investigam casos confirmados de esquistossomose/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem notificar e investigar os casos confirmados de esquistossomose		
<b>TOTAL DE PONTOS DA SUB-DIMENSÃO FUNÇÃO GESTORA</b>				<b>75 PONTOS</b>	

Quadro 1. (cont.)

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO
Função Técnica	Obtenção do histórico da pessoa, família, coletividade	Nº de enfermeiros que realizam a obtenção do histórico da pessoa, família e coletividade /total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem obter o histórico da pessoa, família e coletividade	
	Solicitação de exames complementares	Nº de enfermeiros que solicitam exames complementares /total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem solicitar exames complementares	Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 4,16 pontos
	Construção do plano de ações de enfermagem	Nº de enfermeiros que constroem plano de ações de enfermagem /total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem construir o plano de ações de enfermagem	Se entre 50 e 74,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 2,08 pontos
	Tratamento Supervisionado dos casos	Nº de enfermeiros que realizam tratamento supervisionado dos casos/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem realizar tratamento supervisionado dos casos	Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos
	Preenchimento periódico da ficha do PCE 108 (notificação de casos da atenção básica)	Nº de enfermeiros que preenchem periodicamente a ficha do PCE 108 (notificação de casos da atenção básica)/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem preencher periodicamente a ficha do PCE 108 (notificação de casos da atenção básica)	
	Desenvolvimento de ações educativas em escolas, associação de moradores, igrejas e outros aparelhos comunitários	Nº de enfermeiros que desenvolvem ações educativas em escolas, associação de moradores, igrejas e outros aparelhos comunitários/total de enfermeiros x 100	Mais de 50% dos enfermeiros devem desenvolver ações educativas em escolas, associação de moradores, igrejas e outros aparelhos comunitários.	
<b>TOTAL DE PONTOS DA SUB-DIMENSÃO FUNÇÃO TÉCNICA</b>				<b>25 PONTOS</b>
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO (25 itens)</b>				<b>100 PONTOS</b>

Fonte: Elaboração própria.

A partir da comparação entre o observado e o disposto na matriz, ponderou-se sobre a implantação do 'processo' em separado para as FG e as FT com o percentual de cumprimento de normas (% de pontos atingidos com relação ao total) atingido por cada uma delas, obedecendo aos pontos de corte: Processo FG ou FT implantados: 75 a 100% do total de pontos; Processo FG ou FT parcialmente implantados: 50 a 74,9 % do total de pontos; Processo FG ou FT incipientemente implantados: 25 a 49,9% do total de pontos; Processo FG ou FT não implantados: igual ou menos de 24,9% do total de pontos.

O GI 'processo' como um todo das ações do enfermeiro para o estado de Pernambuco se deu por meio do somatório dos GI processo das funções gestoras e técnicas, obedecendo-se à seguinte equação (1):

$$GI \text{ processo} = GI \text{ função gestora} + GI \text{ função técnica}$$

Por fim, a conclusão a respeito do GI 'processo' das ações dos enfermeiros ante o PCE em Pernambuco obedeceu aos pontos de corte. Implantado: 75 a 100 do total de pontos; Parcialmente implantado: 50 a 74,9 pontos; Incipientemente implantado: 25 a

49,9 pontos; Não implantado: igual ou menos de 24,9 pontos.

Esta pesquisa faz parte de um estudo mais amplo, financiado pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (Papes), edital nº 5, intitulada 'Análise da implantação do Programa de Esquistossomose em Pernambuco' (aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães conforme parecer nº 013/2009 – CAAE: 0083.0.095.000-08).

## Resultados

O 'processo' decorrente da FG esteve mais bem implantado do que na FT: 52,7% (parcialmente implantado) na primeira, contra 33,3% na segunda (implantação incipiente). O GI do 'processo' requerido para ações de controle da esquistossomose do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco se apresenta no *quadro 2*.

Quadro 2. Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o Grau de Implantação da dimensão 'processo' das ações de controle da esquistossomose realizadas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco

COMPONENTE	CRITÉRIO	%	PONTOS
FUNÇÃO GESTORA	Conhecimento sobre o PCE	78,8	4,16
	Conhecimento sobre as formas de transmissão da esquistossomose	93,5	4,16
	Identificação do caramujo transmissor da esquistossomose	38,7	0
	Nº de enfermeiros que realizam reuniões com a equipe de Vigilância em Saúde que abordem a problemática da esquistossomose (Planejamento, discussão de casos, seminários de estudos, teleconferências)	22,6	0
	Reconhecimento da importância de se reunir para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde	100,0	4,16
	Organização de agenda para entrega de resultados de exames pelos ACS e/ou técnicos de enfermagem	51,3	2,08
	Planejamento e monitoramento da distribuição de potes realizada pelos ACS;	51,3	2,08
	Orientação do ACS para supervisão de tomada de medicação pelo paciente	58,7	2,08
	Monitoramento do trabalho do ACS em acompanhamento da realização da coproscopia de controle pelos pacientes	82	4,16
	Planejamento e supervisão das atividades de malacologia realizadas pelo ACS	65,3	2,08
	Monitoramento da identificação de critérios ambientais de risco pelo ACS	62,0	2,08
	Orientação de palestras realizadas pelo ACS sobre esquistossomose	85,3	4,16
	Classificação das áreas de risco para transmissão da esquistossomose	57,6	2,08
	Identificação de prevalência da doença no território de abrangência da EqSF	25,9	0
	Participação na realização de inquéritos coproscópicos	42,4	0
	Detecção permanente de casos novos de esquistossomose	17,7	0
	Conhecimento da existência de casos graves de esquistossomose no território	93,9	4,16
Notificação e investigação de casos de esquistossomose	69,0	2,08	

Quadro 2. (cont.)

<b>PROCESSO FUNÇÃO GESTORA (TOTAL 75 PONTOS) PARCIALMENTE IMPLANTADO</b>		<b>52,7%</b>	<b>39,52 PONTOS</b>
FUNÇÃO TÉCNICA	Obtenção do histórico da pessoa, família, coletividade	37,9	0
	Solicitação de exames complementares	86,2	4,16
	Construção do plano de ações de enfermagem	3,4	0
	Tratamento Supervisionado dos casos	51,9	2,08
	Preenchimento periódico da ficha do PCE 108 (notificação de casos da atenção básica)	19,4	0
	Desenvolvimento de ações educativas em escolas, associação de moradores, igrejas e outros aparelhos comunitários.	53,2	2,08
<b>PROCESSO FUNÇÃO TÉCNICA (TOTAL 25 PONTOS) IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE</b>		<b>33,3%</b>	<b>8,32 pontos</b>
<b>TOTAL GI PROCESSO (100 PONTOS) IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE</b>			<b>47,84 pontos</b>

Fonte: Elaboração própria.

Os critérios que mais contribuíram para a melhor implantação da FG integram o eixo da educação permanente e coordenação de ações do ACS, de acordo com os quais, 78,8% dos enfermeiros apresentaram conhecimento sobre o PCE, 93,5% tinham conhecimento sobre as formas de transmissão da esquistossomose e 100% reconheceram a importância de reuniões para planejamento de ações, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos com a EqSF e a equipe de vigilância em saúde. Além disso, 82% supervisionam o trabalho do ACS em acompanhamento da realização da coprocopia de controle pelos pacientes; e 85,3% orientam as palestras realizadas pelo ACS sobre esquistossomose.

O maior prejuízo na FG deveu-se, em grande parte, às atividades que competiam ao eixo da vigilância epidemiológica que incluem critérios de identificação de prevalência da doença no território de abrangência da EqSF (25,9%); participação na realização de inquéritos coprocópicos (42,4%) e detecção permanente de casos

novos de esquistossomose (17,7%). Como resultado satisfatório, tem-se apenas o indicador de conhecimento sobre a existência de casos graves de esquistossomose no território (93,9%).

Observa-se ainda, a partir dos demais critérios que integram a FG, que apesar de não terem atingido índices satisfatórios, estes contribuíram para o resultado final de avaliação do processo. Foram eles: Organização de agenda para entrega de resultados de exames pelos ACS e/ou técnicos de enfermagem (51,3%); Planejamento e monitoramento da distribuição de potes realizada pelos ACS (51,3%); Orientação do ACS para supervisão de tomada de medicação pelo paciente (58,7%); Planejamento e supervisão das atividades de malacologia realizadas pelo ACS (65,3%); Monitoramento da identificação de critérios ambientais de risco pelo ACS (62,0%); Classificação das áreas de risco para transmissão da esquistossomose (57,6%), Notificação e investigação de casos de esquistossomose (69,0%).

Com relação à FT, os critérios que mais

contribuíram para explicar o baixo índice alcançado pertencem ao eixo da consulta de enfermagem: 37,9% dos profissionais obtiveram histórico da pessoa, família e coletividade e somente 3,4% construíram o plano de ações de enfermagem. O critério que conseguiu atingir índice de implantação satisfatório na FT foi a solicitação de exames complementares (86,2%).

Observa-se ainda, na FT, que o tratamento supervisionado dos casos e o desenvolvimento de ações educativas em escolas, associação de moradores, igrejas e outros aparelhos comunitários (51,9% e 53,2% respectivamente), apesar de apresentarem índices razoáveis, contribuíram para o resultado final do processo traduzido pela incompletude da abordagem do enfermeiro esperada para atingir o adequado controle da esquistossomose em Pernambuco.

Diante do exposto, tem-se o GI final das ações do enfermeiro de acordo com os valores explicitados na equação:

$$\text{GI AÇÕES DOS ENFERMEIROS EqSF PCE EM PE: } 39,52 + 8,32 = 47,84$$

A implantação das ações do enfermeiro da EqSF ante o PCE em Pernambuco foi Incipiente (47,84 pontos) de acordo com os parâmetros estabelecidos no estudo, tendo contribuído para este resultado tanto aspectos da gestão quanto da assistência requerida.

## Discussão

A composição aleatória da amostra contribuiu para a validade externa do estudo, permitindo dizer que as conclusões dele extraídas são verdadeiras também para outros contextos. Assim, a seleção dos 23 municípios permitiu visualizar as diferentes situações de implantação das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco. Outro fator que contribuiu para a validade do estudo residiu

na construção e validação do ML. Segundo a Theory driven evaluation, o ML permite a avaliação da realidade no momento em que dá subsídios para comparação entre o ideal e o real, permitindo conclusões mais acertadas (MEDINA, 2005).

O enfermeiro, no processo de municipalização da saúde, que resultou na reorganização da saúde no município, esteve presente de forma significativa nas ações administrativas, assistenciais e educativas, configurando papel primordial na implantação de ações e evolução dos programas propostos pelo SUS. Foi uma trajetória percorrida ao longo da última década e que, no momento, traz merecidas oportunidades de avaliação por terem participado de experiências que hoje são exigências da nova proposta de atenção à saúde (TEÓFILO; SILVA, 2012).

Por meio do papel central que o enfermeiro assume, foi possível corroborar diversos estudos na área que afirmam que ele é o interlocutor e principal agente catalisador das políticas e programas no âmbito da saúde coletiva, já que sua formação é voltada para atuar em diversos espaços sociais, tais como: atenção, gestão, ensino, pesquisa e controle social. A escolha da apreciação do processo, portanto, foi importante e adequada, uma vez que os resultados alcançados pelos programas são, em grande parte, consequências dos processos (OLIVEIRA ET AL., 2012).

Dessa forma, uma das principais funções gestoras que o enfermeiro participa ativamente é a educação permanente, pois além de ser um instrumento para o planejamento e avaliação em saúde, oportuniza diálogo, reflexão crítica, problematização, construção e integração de novos conhecimentos às realidades vivenciadas no trabalho, podendo ser visualizada como ferramenta de mudança e melhoria do cuidado (MEDEIROS ET AL., 2010).

Aliado a isso, sabe-se que a deficiência de informações e a falta de incorporação na prática daquilo que é proposto na teoria, não permitem a orientação das medidas de controle de forma segura, adequadas a cada

localidade, bem como uma correta interpretação dos papéis que cada agente cumpre no processo de transmissão e conseqüente perpetuação da doença. Ainda assim, mesmo diante dessa realidade, viu-se que essa foi uma das práticas que ficaram prejudicadas, principalmente no que diz respeito às atividades de campo, a exemplo da identificação de hospedeiros intermediários e identificação de critérios de risco relacionados ao meio ambiente, espaço extra-urbano de saúde que é, justamente, onde as pessoas em risco estão (BRASIL, 2008).

Na literatura, Carotta, Kawamura e Salazar (2009) relatam experiências de implantação de ações de educação permanente no contexto municipal, envolvendo USF, no sentido de qualificar a atenção e a gestão em saúde por meio da formação e desenvolvimento dos trabalhadores; e trazem como potencialidades dessa estratégia o fortalecimento do SUS, incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. Apesar disso, os achados deste estudo remetem à discussão dos problemas históricos de implantação de ações de educação permanente, que tem origem na ruptura da didática geral que subverte as normas existentes da pedagogia tradicional e que, por isso, requerem dos atores maior disponibilidade e empenho para planejamento das ações, ao sair da zona de conforto e trazer para a reflexão as dificuldades que inviabilizam a execução das ações (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Outro aspecto deficiente observado na FG foram os processos grupais de reuniões. Os enfermeiros, apesar de terem ciência da importância do planejamento conjunto, avaliação das atividades e dos benefícios para a equipe como um todo no controle da esquistossomose, a exemplo da discussão de casos, seminários de estudos e teleconferências, não realizam tais ações. Percebe-se haver um descompasso entre a teoria e o que é realmente posto em prática.

Em consonância, verificam-se publicações que abordam a importância das reuniões de equipe na ESF enquanto espaço de fluidez de diálogo, expressão de opiniões, construção de projetos e planos de atendimento coletivos para o efetivo delineamento do trabalho em equipe. Corroborando os resultados desta pesquisa, Grandó e Dall'Agnol (2010) enfatizam que esses processos grupais de reuniões, quando realizados, se destinam basicamente à troca ou transmissão de informações de caráter técnico, sendo pouco referidas situações em que se exerce a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos.

Ainda na FG, com relação à prática do enfermeiro em coordenar as ações de outros profissionais (ACS e técnicos de enfermagem) no controle da esquistossomose, tem-se um amplo espectro de atividades que precisam ser orientadas, monitoradas e avaliadas e que, segundo os achados deste estudo, não estão sendo realizadas em sua completude. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, deixa claro que é atribuição específica do enfermeiro orientar, supervisionar e coordenar as atividades realizadas pelo ACS e a equipe de enfermagem. No tocante ao controle da esquistossomose de maneira específica, essa função está expressa no 'Caderno de Atenção Básica', nº 21 (BRASIL, 2008, 2011; OLIVEIRA ET AL., 2012).

Ao levar em consideração que as ações desses profissionais são de cunho preventivo que objetivam promover saúde, em uma perspectiva de demanda organizada, a atuação do enfermeiro, ao coordenar tais ações, também não se reduz à espera de sinais de alarme, mas se concretiza na detecção precoce dos nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade, e isso somente torna-se possível por meio do planejamento e coordenação das atividades requeridas. Há de se considerar a possibilidade de tal evidência apresentar

origem no processo relativamente recente na história de incorporação do debate e da participação, inclusive dos profissionais da assistência, nos processos de monitoramento e avaliativos, que, de modo geral, ainda hoje não se sentem agentes negociadores de uma intervenção que precisa ser implantada com incentivo e empenho de todos (ERMEL; FRACIOLLI, 2006).

Na literatura, Martines e Chaves (2007) descrevem a percepção do ACS em relação à organização do modelo de sua supervisão, sob a responsabilidade do enfermeiro, de acordo com o qual se configurou uma dimensão de precariedade, exaltando a necessidade de melhor organização e ajuste no relacionamento interpessoal. Diante do exposto, de acordo com autores que discutem essa problemática, pode-se inferir que a não realização dessas ações, possivelmente devido ao amplo espectro de funções e responsabilidades que o enfermeiro assume, podem acarretar sobrecarga de trabalho e uma menor disponibilidade de tempo para supervisão do trabalho destes profissionais (BRASIL, 2008, 2011; OLIVEIRA ET AL., 2012).

Por fim, dentre os resultados observados na FG, destacam-se as ações de vigilância epidemiológica que apresentaram os piores resultados. Sabendo-se que a vigilância epidemiológica da esquistossomose envolve ações de proteção populacional, além da individual, o objetivo consiste em reduzir a prevalência da infecção, evitar ou reduzir a ocorrência de casos graves e óbitos e interromper a expansão da endemia. Entende-se, portanto, que não há como atingir os objetivos, quando não se tem um ponto de partida, quando não há subsídios para avaliação de progressos ou retrocessos (BRASIL, 2008).

Tal fato é bastante preocupante, considerando as intensas discussões no decorrer dos últimos anos acerca da integração entre ações assistenciais e de vigilância em saúde para o efetivo controle da esquistossomose. As ações que estão sendo priorizadas podem

trazer resultados imediatos, porém não em longo prazo. Fogem ao controle efetivo da doença e de suas metas primordiais (QUININO; SAMICO; BARBOSA, 2010).

Esses achados são consistentes com os resultados de outros estudos, nos quais o saber epidemiológico não é utilizado como meio de trabalho para a identificação de problemas e definição do seu enfrentamento no território. As intervenções concretas, que vão além da alternativa médico-sanitária, são implementadas de forma pontual e divergem da vigilância em saúde de base territorial, principalmente na vigilância de doenças de cunho ambiental, a exemplo da esquistossomose (SILVA; SILVA, 2013).

Historicamente, as ações de vigilância de doenças de cunho ambiental geralmente eram realizadas pelos profissionais da vigilância em saúde especificamente, não fazendo parte do cotidiano dos profissionais das EqSF. A partir disso, pode-se, inclusive, inferir sobre o fato de o enfermeiro não desempenhar essas funções em sua completude por não achar que possui responsabilidade sobre isso e que essas atividades competem a outros profissionais (QUININO; SAMICO; BARBOSA, 2010).

Ao se analisar a FT, no contexto da assistência de enfermagem especificamente, é possível perceber uma quebra da integralidade do cuidado, na medida em que o enfermeiro dá prioridade às ações tradicionalmente realizadas, mas não registra informações sob uma visão holística e não programa o cuidado, principalmente quando se fala da esquistossomose, no qual um dos fatores que contribuem de maneira significativa para o diagnóstico é a análise detalhada do local de residência do paciente e o contexto em que este está inserido.

Trata-se agora de não mais focar atenção nas ações de enfermagem por si só, mas pela finalidade do trabalho, pelos interesses em jogo, como o processo de trabalho se organiza e de que forma pode-se atingir

o objetivo sem perder de vista o essencial. Tal realidade tem raiz na influência histórica de controle de doenças infecciosas no País, que desde o princípio foram permeados pela execução de ações de cunho isolado, segregando em diferentes setores (vigilância e assistência) atividades com o mesmo fim (BRASIL, 2008; MARQUES; SILVA, 2004).

Em um retorno na história da enfermagem desde a implantação da ESF, tem-se que o enfermeiro, como membro da EqSF, é o profissional que mais conseguiu se aproximar da proposta de integralidade do SUS, sendo adotado como profissional referência pela comunidade, por suas ações de educação em saúde e interação social. No entanto, esse processo tem se modificado ao longo dos anos, seja pelas crescentes demandas, seja pela própria dinâmica da unidade de saúde. O processo de trabalho do enfermeiro, que era centrado no usuário e na comunidade em si, passa a ter como foco a unidade de saúde, estando seu trabalho voltado para os procedimentos que lhe cabem e exercendo, predominantemente, o papel administrativo e gerencial (MARQUES; SILVA, 2004).

No tocante ao controle da esquistossomose, evidencia-se a mesma segregação, de modo que o enfermeiro, apesar de ser o profissional que mais avançou na proposta da atenção básica, nos termos da abordagem integral necessária ao enfrentamento da esquistossomose, não conseguiu progredir. Tal fato é preocupante visto que esse profissional funciona como sendo a mola mestra do cuidado perante essa doença e apresenta, inclusive, potencial para servir de exemplo para os demais profissionais da EqSF.

## Conclusão

Diante do exposto, foi possível concluir que existe dificuldade por parte dos enfermeiros em cumprir o que é recomendado

para o efetivo controle da esquistossomose, assim como a integralidade das ações assistenciais e de vigilância. Apesar de todo aparato normativo existente e dos progressos atingidos até o momento, há ainda uma tendência dos enfermeiros em manter as características dos modelos de atenção à saúde centralizados, verticalizados e desintegrados do contexto da população.

Ao considerar a relativa variedade de fatores que dificultam o processo de trabalho, os teóricos dos modelos de avaliação estão longe de chegar a um consenso sobre as variáveis explicativas da implantação de uma intervenção (MEDINA, 2005). Entretanto, diante dos resultados deste estudo, é possível traçar recomendações para fortalecer o controle da esquistossomose pelo enfermeiro, a exemplo de assessoramentos técnicos a serem realizados pelas coordenações municipais do PCE sobre o funcionamento integral do PCE, bem como visitas de acompanhamento e avaliação das ações; realização de treinamentos em serviço conjuntos (enfermeiros, agentes de saúde ambiental e ACS) sobre trabalho de campo e noções de vigilância em saúde do PCE e explorar o planejamento das ações baseados em dados epidemiológicos e ambientais concretos, estimulando a integração vigilância e assistência. Assim sendo, será possível vislumbrar maior repercussão e impacto dessas ações no efetivo controle da doença e inclusão da esquistossomose com prioridade no processo de trabalho desse profissional.

## Colaboradores

Declara-se que ambos os coautores explicitados participaram ativamente na concepção e no planejamento deste estudo, assim como na análise e a interpretação dos dados. Contribuíram também significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo deste artigo. ■

---

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Caderno de Atenção Básica, 21).
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-1399-de-15-de-dezembro-de-1999/>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. *Vigilância da Esquistossomose Mansoní: diretrizes técnicas*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2009.
- ERMEL, R. C.; FRACIOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da família em Marília/SP. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 4, n. 40, p. 533-539, 2006.
- FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010.
- GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de Equipe da Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.
- MARQUES, D.; SILVA, E. N. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 545-550, 2004.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 3, n. 41, p. 426-433, 2007.
- MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão Participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 1, n. 63, p. 38-42, 2010.
- MEDINA, M. G. *et al.* Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Rio de Janeiro: Edufba, 2005. p. 41-74.
- OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.
- OLIVEIRA, F. E. L. *et al.* A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 834-44, 2012.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 567-586.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. *Programa de enfrentamento às doenças negligenciadas no estado de*

*Pernambuco*. 2. ed. Recife: Sanar, 2014.

QUININO, L. R. M.; SAMICO, I. C.; BARBOSA, C. S. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 536-44, 2010.

SILVA, G. A. P.; SILVA, L. M. V. Organização das práticas de vigilância em saúde em um sistema local. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 57-73, 2013.

TEÓFILO, T. J. S.; SILVA, C. P. Estratégia Saúde da

Família e o desenvolvimento de suas bases sócio-políticas, econômicas e técnico-científicas. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 124-141, 2012.

TIBIRICA, S. H. C.; GUIMARÃES, F. B.; TEIXEIRA, M. T. B. A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1375-1381, 2011.

---

Recebido para publicação em abril de 2016

Versão final em outubro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve