

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS(AS) DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosália Ferreira Diniz Neta, Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção em Saúde, Escola de Governo de Saúde Coletiva de Pernambuco, romirandiba@gmail.com.

Danielle Chianca de A. Moraes, Enfermeira, Mestre, Universidade de Pernambuco, Garanhuns - PE, Brasil, dani_chianca@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prática dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no que se refere às ações da vigilância em saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF). **Método:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, utilizando como instrumentos uma entrevista e um roteiro observacional previamente estruturado. Dados analisados descritivamente: percentil de 25 e 75 e intervalo interquartil. Aprovado pelo CEP da UPE, no parecer 1.390.871. **Resultados:** Participaram da pesquisa 19 enfermeiros do município de Ouricuri-PE. Os resultados apontaram que um percentual maior de enfermeiros apresentou desempenho Regular para Dimensão I (63,2%) e II (47,4%), Subdimensões: Vigilância Sanitária e Ambiental (73,7%), Saúde do Trabalhador (84,2%), Geral (78,9%), Tuberculose (84,7%), HIV/AIDS/Sífilis e Hepatites virais (57,9), Hipertensão e Diabéticos (84,2%) e Instrumento (57,9%), alcançado bom desempenho apenas para as Subdimensões Hanseníase (57,9%) e DDA (47,4%). **Conclusão:** Percebe-se que há fragilidade dos enfermeiros da atenção básica quanto às práticas de vigilância em saúde, levando a acreditar que essas não são desenvolvidas em conformidade com o preconizado pelas políticas afins, e devem ser fortalecidas no território de atuação da ESF. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde; Enfermeiros

1) Introdução

A Vigilância em Saúde é entendida tanto como modelo de atenção visando à promoção, proteção e prevenção da saúde quanto como uma proposta de gestão de práticas sanitárias, através das ações realizadas por seus componentes: a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância em saúde do trabalhador, vigilância da situação de saúde e promoção da saúde nos municípios, no Distrito Federal, nos estados e na instância federal.¹

A Vigilância em Saúde colabora com o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, associando tecnologias e conhecimentos para atender as necessidades de saúde de um dado território populacional. Esse nível de atenção é o responsável por organizar o sistema, com ações mais presentes nas Regiões de Saúde, sendo garantidas por meio do Apoio Matricial de Vigilância e Promoção à Saúde.²

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente conhecida como Programa de Saúde da Família, como o disposto responsável por promover a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, tais como: a integralidade e intersetorialidade; territorialização; equipe multiprofissional; responsabilização e vínculo; estímulo à participação da comunidade e ao controle social.³⁻⁴

Na Unidade de Saúde da Família (USF), a ESF é multiprofissional, composta, conforme modalidade, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população, caracterizando estas equipes pelo trabalho multi e interdisciplinar. As atribuições dos profissionais das ESF devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada

uma das profissões. Além destas há também as atribuições comuns a todos os membros.⁵

Sendo assim, a ESF deve garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, praticando também o cuidado familiar, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando necessitar de assistência em outros pontos de atenção do sistema de saúde, promovendo ações de educação em saúde à população adstrita, realizando busca ativa, notificando doenças e agravos de notificações compulsórias, de outros agravos e situações de importância local, bem como contribuindo na qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica e participando das atividades de educação permanente.⁵

Nesse sentido, quanto à responsabilidade da gestão da USF, ela pode ser de qualquer categoria profissional de saúde de nível superior, porém, em muitas unidades este cargo é assumido por um enfermeiro. Sendo assim, o enfermeiro é responsável por intermediar e facilitar a vigilância em saúde no território, através do seu processo de trabalho desempenhado dentro e fora da Unidade de Saúde, tais como: a assistência, gerência, controle, coordenação, planejamento e direção do trabalho da ESF.⁶

Nesse contexto, a vigilância em saúde além de colaborar no planejamento das ações também orienta o processo de trabalho dos enfermeiros através dos indicadores de saúde, do diagnóstico de área utilizado para identificar os problemas mais frequentes da população e da implementação das ações realizadas por meio do acompanhamento da situação de saúde da população.³

Portanto, este estudo se faz importante por propor a detecção das possíveis falhas desses profissionais no seu processo de trabalho na ESF, podendo assim, conduzir os gestores locais, as faculdades e universidades às soluções relacionadas ao aprimoramento destes profissionais na sua prática diária. Ainda, vale ressaltar, que o

trabalho do enfermeiro se baseia nos princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, estando em íntimo contato com a comunidade, constituindo o “lugar natural” para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde.

2) Objetivo/s

O objetivo geral deste estudo é Analisar a prática dos enfermeiros da ESF no que se refere às ações da vigilância em saúde na área de abrangência da USF. Dentre os objetivos específicos estão: descrever o perfil profissional do enfermeiro que atua na assistência da USF e avaliar o desempenho dos enfermeiros no território das USF quanto às ações de Vigilâncias. A saber: Sanitária; Ambiental; Saúde do Trabalhador; Epidemiológica; nas doenças de Tuberculose, Hanseníase, DSTs/HIV, Sífilis, Hepatites virais, Diabetes, Hipertensão, e Doenças Diarreicas Agudas, bem como as ferramentas de gestão utilizadas pelos enfermeiros das USF.

3) Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. A população do estudo foram os 23 enfermeiros (as) cadastrados (as) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES das 23 ESF do município de Ouricuri - PE, que pertence a IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. O período de realização da coleta de dados foi de novembro de 2015 a janeiro de 2016.

O município de Ouricuri é localizado na mesorregião do Sertão e na Microrregião do Araripe no Estado de Pernambuco. A rede de Atenção Primária a Saúde do município de Ouricuri - PE, no período do estudo, era formada por 23 Estratégias de Saúde da Família, onde 45,80% apresentam-se alocadas na zona urbana e 54,20% na zona rural.⁷ Neste está alocado o Hospital Regional Fernando Bezerra e a Maternidade Regional Mãe Coruja.

Não há hospital da rede municipal, o que exige do próprio município uma atenção básica ainda mais resolutiva, para não sobrecarregar o hospital regional, que é acesso dos dez municípios da IX Região de Saúde. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde oferta consultas de várias especialidades médicas para a população.

A amostra foi intencional probabilística simples, com todos os enfermeiros que foram escolhidos de forma intencional. Tendo cada um a mesma chance de ser selecionado para compor a amostra, desde que atuassem a mais de seis meses nas Unidades de Saúde da Família de Ouricuri. Foram excluídos os enfermeiros que estiveram de licença ou férias, ou que apresentavam deficiência auditiva.

Dessa forma, a amostra foi composta por dezenove (19) enfermeiros das ESF do município, onde quatro (04) foram excluídos, pelos seguintes motivos: 01 estava de férias no período de coleta de dados, 01 não consentiu em participar do estudo; e 02 apresentaram menos de seis meses na USF de Ouricuri.

A coleta de dados prosseguiu em dois momentos: inicialmente foi realizada entrevista, a partir de um roteiro de perguntas estruturado e elaborado pela autora do estudo, que adaptou a entrevista de Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade - AMAQ da Atenção Básica⁸ do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ do domínio Vigilância em Saúde aos objetivos do estudo.

Nesse sentido, a entrevista contém 75 perguntas de múltipla escolha, com respostas objetivas. As perguntas são voltadas para as práticas de vigilância em saúde no território da USF de competência dos entrevistados. Nesse momento, não houve adaptação das perguntas à determinada situação, inversão de ordem ou elaboração de outras perguntas. Posteriormente, foi realizada a observação dos instrumentos tais como: livros e/ou cadernos, prontuários, boletins, fichas de notificações, dentre outros materiais de registros presentes na USF que contribuem para a vigilância do território por meio de um roteiro previamente elaborado, onde o enfermeiro foi convidado a

apresentá-los, tendo sido registrados no roteiro a existência ou não de tais matérias, o preenchimento e atualização destes.

O roteiro de entrevista utilizado no primeiro momento, foi composto por perguntas de múltipla escolha, pontuadas em 0, 1 ou 2, dependendo da resposta fornecida pelo entrevistado (Não, As vezes e Sim, respectivamente), porém estas pontuações só foram validas para o terceiro momento da entrevista. Esse roteiro foi subdividido em três partes, a saber: a primeira contempla a identificação da USF, caracterizada pelo nome, localidade (zona urbana e rural), tipo de unidade e quantidade de ESF; a segunda permitiu a coleta de dados do perfil profissional do enfermeiro quanto à coordenação da equipe, o tempo de atuação na USF, se possui ou está em formação complementar (especialização), para atuar na Atenção Básica, participação em cursos de atualização e qualificação sobre vigilância e o tipo de vínculo empregatício; por fim, a terceira parte diz respeito às ações da Vigilância em Saúde, dividido em duas dimensões.

A primeira dimensão, também composta em duas subdimensões, está relacionada com a Vigilância Ambiental e Sanitária (I Subdimensão - 8 perguntas) e Saúde do Trabalhador (II Subdimensão - 2 perguntas). A segunda dimensão, denominada Vigilância Epidemiológica, fragmentada em seis subdimensões, é representada por: aspectos gerais da vigilância epidemiológica (I Subdimensão - 10 perguntas); tuberculose (II Subdimensão - 10 perguntas); hanseníase (III Subdimensão - 7 perguntas); DSTs/HIV/Sífilis e hepatites virais (IV Subdimensão - 15 perguntas); hipertensão e diabetes (V Subdimensão - 7 perguntas); e doenças diarreicas agudas (VI Subdimensão - 6 perguntas).

Os grupos de doenças elencadas para fazerem parte do primeiro momento da coleta de dados, se devem ao fato destas estarem inseridas na rotina prática da ESF com o objetivo de serem controladas e/ou eliminadas.^{9,10,11}

O segundo roteiro, utilizado no segundo momento da coleta, teve por objetivo averiguar os instrumentos (livros e/ou cadernos, prontuários, boletins e fichas de notificações) existentes na USF e que colaboram para a vigilância em saúde do território. Nos instrumentos, também foram observados a atualização do seu preenchimento. O roteiro é formado por 19 itens, cada um com pontuação de 0 (Não) e 1 (Sim), dependendo da presença e atualização dos instrumentos.

Os dados foram tabulados no Statistical Package for the Social Sciences, na versão 20.0, e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e percentuais para as características da unidade de saúde e ocupacionais dos profissionais enfermeiras(os). Para atribuir uma classificação a escala das Dimensões e Subdimensões foram calculadas o Percentil 25 e 75 e posteriormente o intervalo interquartil. Dividindo estas em categorias: Bom, Regular e Ruim. Segundo os percentis foram considerados nas categorias: Ruim, os valores inferiores ao percentil 25; Regular, os valores entre o percentil 25 e 75; e Bom os valores superiores ao percentil 75.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa atendeu as normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁷ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade de Pernambuco, com o Protocolo Nº 1.390.871.

4) Resultados

A Tabela 01 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo identificação da localização da Unidade de Saúde da Família (USF), com 52,60% atuando nas USF da zona urbana e 47,40% da zona rural.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo identificação da localização da Unidade de Saúde da Família (USF), em Ouricuri, 2016.

Localização da USF	N	%
Zona Urbana	10	52,6

Zona Rural	9	47,4
Total	19	100,0

Fonte da pesquisa.

No que se refere ao perfil profissional dos enfermeiros, todos se identificam como sendo os coordenadores da unidade. Sobre o tempo de atuação profissional, 36,8% tem menos de um ano de atuação na unidade de saúde e 63,2% superior ou igual há 01 ano, sendo todos contratados para trabalhar nesses estabelecimentos de saúde.

Quanto à formação complementar ou especialização em Saúde da Família, 31,6% apresentaram formação complementar com discrepância bastante considerável. Entretanto, 78,9% já fizeram cursos de atualização em vigilância em saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Percentual dos enfermeiros conforme perfil profissional, em Ouricuri, 2016.

Perfil profissional		N	%
Coordenador da USF		19	100,0
Tempo de Atuação da USF	< 1 Ano	7	36,8
	≥ 1 Ano	12	63,2
Formação complementar	Sim	6	31,6
	Não	13	68,4
Curso de atualização	Sim	15	78,9
	Não	4	21,1
Vínculo empregatício	Contrato	19	100,0
TOTAL		19	100,0

Fonte da pesquisa.

Na Tabela 3 quando comparado os enfermeiros que tinham formação complementar, 66,7% são da zona urbana. Daqueles que não tinham formação

complementar, 53,8%, são da zona rural. O mesmo ocorre para os que apresentaram curso, a maioria (53,3%) era da zona urbana. E dentre aqueles que não possuíam nenhum curso, o percentual foi equivalente em ambas as regiões (50,00% para a zona urbana e para a zona rural).

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros por local de atuação versus formação complementar e curso de atualização e qualificação, em Ouricuri, 2016.

Local de atuação		Formação complementar		Curso	
		Sim	Não	Sim	Não
Urbano	Frequência	4	6	8	2
	%	66,70	46,20	53,30	50,00
Rural	Frequência	2	7	7	2
	%	33,30	53,80	46,70	50,00
Total	Frequência	6	13	15	4
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

Ainda, sobre a formação complementar e curso de atualização, na Tabela 4, 68,4% tinham ou formação ou curso, 21,1% tanto formação como curso e apenas 10,5% mencionaram não ter formação e nem curso.

Tabela 4 - Percentual de enfermeiros segundo formação complementar e cursos de capacitação, em Ouricuri, 2016.

Formação complementar e cursos de capacitação	Frequência	%
Só tem um	13	68,4
Tem formação e curso	4	21,1
Não tem nenhum	2	10,5
Total	19	100,0

Os desempenhos dos enfermeiros nas dimensões e subdimensões, que une as ações de vigilância em Saúde no território da ESF, são mostrados na Tabela 5. Os resultados apontaram que a Dimensão I (63,2%), Subdimensão Vigilância Sanitária e Ambiental (73,7%), Subdimensão Saúde do Trabalhador (84,2%), Dimensão II (47,4),

Subdimensão Geral (78,9%), Subdimensões Tuberculose (84,7%), Subdimensão HIV/AIDS/Sífilis e Hepatites virais (57,9), Subdimensão Hipertensão e Diabetes (84,2%) e Instrumentos (57,9%), maiores percentuais de enfermeiros apresentaram desempenhos Regulares. Apenas 57,9% e 47,4%, respectivamente, dos enfermeiros alcançaram Bom desempenho para a Subdimensão Hanseníase e Doença Diarreica Aguda.

Tabela 5 - Percentual de enfermeiros segundo desempenho por variáveis, em Ouricuri, 2016.

Variáveis	Categorias	N	%
Dimensão I	RUIM	3	15,8
	REGULAR	12	63,2
	BOM	4	21,1
Subdimensão Vigilância Sanitária e Ambiental	RUIM	4	21,1
	REGULAR	14	73,7
	BOM	1	5,3
Subdimensão Saúde do Trabalhador	RUIM	3	15,8
	REGULAR	16	84,2
	BOM	0	0,00
Dimensão II	RUIM	5	26,3
	REGULAR	9	47,4
	BOM	5	26,3
Subdimensão Geral	RUIM	4	21,1
	REGULAR	15	78,9
	BOM	0	0,00
Subdimensão Tuberculose	RUIM	3	15,8
	REGULAR	16	84,7
	BOM	0	0,00
Subdimensão Hanseníase	RUIM	5	26,3
	REGULAR	3	15,8
	BOM	11	57,9
Subdimensão HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites virais	RUIM	4	21,1
	REGULAR	11	57,9

	BOM	4	21,1
	RUIM	3	15,8
Subdimensão Hipertensão e Diabetes	REGULAR	16	84,2
	BOM	0	0,00
	RUIM	4	21,1
Subdimensão DDA	REGULAR	6	31,6
	BOM	9	47,4
	RUIM	4	21,1
Instrumentos	REGULAR	11	57,9
	BOM	4	21,1

5) Discussão

Participaram do estudo 52,60% dos enfermeiros da zona urbana e 47,40% dos enfermeiros da zona rural. O município possui teto de cobertura recomendado pelo Ministério da Saúde 69,70% de ESF, estando superior ao estado de Pernambuco com 49%.¹²

No que diz respeito às atividades dos enfermeiros na USF, autores¹³ evidenciaram em seus estudos que o enfermeiro realiza várias ações no âmbito da atenção básica, desde a preventiva e curativa, até as atividades administrativas. Corroborando com o achado do estudo, em que 100% dos enfermeiros confirmaram serem os gestores das unidades. Desta forma, sendo o profissional enfermeiro um ator influente na organização e gerência de uma equipe de saúde, sua formação deve ser pensada no que tange as competências demandadas pelos cargos de coordenação na atenção básica, uma vez que este cenário irá influenciar diretamente nas práticas de saúde, dentre estas as de vigilância em saúde do seu território.¹⁴

Do total de participantes da pesquisa 63,2% tinham o tempo de atuação superior ou igual a 1 ano no território da unidade de saúde, corroborando com outro estudo¹⁵ que

ao analisar o perfil dos enfermeiros, percebeu que o tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família é entre 1,5 e 11 anos.

Quanto ao perfil profissional dos enfermeiros, apenas 31,6% relatou ter especialização em Saúde da Família, corroborando com autores¹⁶ que identificaram, que 34% dos enfermeiros tinham especialização em saúde da família e 18% em saúde pública, sendo os demais em outras especialidades. Entretanto, em outro estudo¹⁷, todos os participantes eram especialistas na área da saúde coletiva. A contribuição desta formação complementar promove mudanças nestes profissionais, tais como reorganização do processo de trabalho da equipe, implementação de atividades coletivas, acolhimento à demanda espontânea, além de maior compreensão do processo de trabalho, já evidenciada na literatura.¹⁸

Outrossim, vale ressaltar que 78,9% dos enfermeiros possuem cursos ou capacitações em vigilância em saúde. Nesse sentido, autores¹⁹ apontaram em seus estudos que todos os enfermeiros participaram de programas de educação continuada com temas que englobam ações de vigilância em saúde. Em contrapartida, numa revisão integrativa²⁰ sobre a capacitação de enfermeiros na atenção primária à saúde, poucos foram os estudos encontrados, observando-se que ao longo da revisão dos artigos as atividades de capacitação são apontadas como perspectiva de aprendizagem no trabalho e ferramenta de qualificação e valorização do trabalhador, além de indicador de qualidade na assistência.

No tocante à forma de vínculo empregatício, todos os enfermeiros apresentaram contrato por tempo determinado divergindo com os achados de alguns autores²¹ onde a maioria dessa classe profissional da atenção primária a saúde possuía vínculo empregatício estatutário.

Percebe-se que na zona urbana há um número maior de enfermeiros com qualificação (especialização e cursos), ao contrário da zona rural. O trabalho de

vigilância em saúde no território das unidades de saúde da família da zona rural e urbana é tangenciado pelos determinantes e condicionantes sociais e de saúde, refletindo no perfil sanitário de uma população. Para a zona rural há uma desigualdade expressiva, devido à precariedade das condições de vida e trabalho no meio rural, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, exposição direta aos agrotóxicos, baixa escolaridade, falta de água encanada e potável, ausência de sistema de saneamento básico e a debilidade dos mecanismos de participação popular e de controle social, fatores estes que certamente contribuem para o agravamento de saúde da população rural.²²

Em face desses fatores, a população rural demanda mais cuidados por parte da ESF local, fazendo-se necessária atenção constante à qualificação profissional, como garantia da assistência de qualidade ao usuário. Valorizando a contribuição do enfermeiro para implantar, manter e desenvolver políticas de saúde para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a concretização dos princípios de equidade, universalidade e integralidade.²⁰

Identificou-se, que apenas 21,1% dos enfermeiros possuíam especialização em Saúde da Família e cursos ou capacitações em vigilância em saúde. A grande maioria, 68,4%, possuía apenas uma modalidade de qualificação profissional e 10,50% não possui nenhuma. Diante da importância de qualificar e aperfeiçoar as práticas em Atenção Primária à Saúde e ampliar as possibilidades da formação de recursos humanos, várias instituições têm centrado esforços na EPS de seus profissionais. Nos últimos anos, esse fortalecimento também tem sido potencializado pela oferta de cursos nas modalidades presenciais e à distância, destinada principalmente aos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde.²⁰

Percebe-se, pelo desempenho regular da maioria dos participantes do estudo, que as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, vigilância sanitária e ambiental devem

ser fortalecidas, uma vez que a região do Araripe, conhecida pelo Pólo Gesso do Araripe, por produzir aproximadamente 97% do gesso consumido no Brasil, no qual o município de Ouricuri se localiza, trazem impactos ambientais, sanitários e na saúde dos trabalhadores destas fábricas.²²

Sendo assim, considerando a grande territorialidade e a capilaridade que a estratégia da saúde da família propicia, os enfermeiros podem dar suporte às ações de vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, que são desenvolvidas pelos órgãos público, aumentando, assim, a sua eficácia.²³ Baseado na pesquisa de alguns autores²⁴, pode-se perceber que um dos veículos utilizados para o desenvolvimento de atividades que abarquem a vigilância sanitária e ambiental pelos enfermeiros na atenção básica é a implementação de ações de educação em saúde, podendo ser considerada um fator de grande importância na formação de consciência sanitária e ambiental da coletividade.

A Dimensão II, que corresponde à soma das ações de Vigilância Epidemiológica (Subdimensão Geral + Tuberculose, Hanseníase + HIV/AIDS/Sífilis e hepatites virais + Hipertensos + Diabéticos + DDA), apresentou 47,4% dos enfermeiros com desempenho regular. Isso se deve a falha na busca ativa desses sujeitos com tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e Sífilis em algumas USF, o que leva os enfermeiros a realizarem pouca vigilância sobre esses grupos. A Subdimensão Geral, que diz respeito às ações de vigilância epidemiológica, obteve o mesmo desempenho da Dimensão II. Portanto, evidencia-se a importância de se intensificar as ações de vigilância em saúde por esses profissionais, por meio de vigilância epidemiológica, com busca de casos e de pessoas nos territórios, identificação de agravos, de fatores e de grupos de risco e, ainda, como notificação das situações monitoradas.⁵

Para as subdimensões que abrangem as doenças crônicas: Hipertensão, DM e Tuberculose tiveram desempenho prevalente regular, enquanto que para Hanseníase

apresentou-se bom. Entretanto, se faz importante o fortalecimento das ações de vigilância nestes grupos de doenças crônicas, uma vez que a Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado. Com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.⁹

Assim, o enfermeiro, como forma de contribuição para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, pode realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, rastreamento e o tratamento de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, prevenindo complicações decorrentes da doença, encaminhando para a Atenção Especializada quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, acionando equipamentos disponíveis no território e ferramentas de educação permanente de acordo com as necessidades identificadas, bem como realizando ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população.^{5,9}

Na atual organização da rede de serviços do SUS, a USF trata-se da porta de entrada para todos e quaisquer agravos, bem como o atendimento aos portadores de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites virais.¹⁰ Assim, 57,90% dos enfermeiros alcançaram desempenho regular na Subdimensão sobre essas doenças, isto pode estar relacionado ao fato de onze USF's não possuírem casos no seu território, contudo, as ações da atenção básica devem incluir as atividades educativas para promoção à saúde e à prevenção, busca ativa de casos, teste rápido de HIV, sífilis e hepatites virais em todas as gestantes e seus parceiros. Bem como deve ser realizado o aconselhamento para os testes, diagnósticos, para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;

diagnóstico precoce das DST, infecção pelo HIV e hepatites; assistir aos casos positivos de forma contínua e, quando necessário, encaminhá-la aos serviços de referência.²⁵

No que se refere à vigilância das Doenças Diarreicas Agudas, houve um desempenho dominante bom. Sendo assim, para o fortalecimento desta vigilância é de suma importância o enfermeiro estar intermediando a articulação entre as áreas de vigilância em saúde com a atenção primária na realização integral e eficiente das ações de vigilância epidemiológica das DDA. Através das atividades de capacitação da equipe, construção de ferramentas e protocolos técnicos locais, monitoramento das DDA, incentivo da notificação pelos agentes comunitários em saúde, colaboração na identificação e investigação de surtos e educação em saúde para a população, principalmente nas escolas.¹¹

O processo de trabalho e o fluxograma de informações da Vigilância em Saúde devem ser trabalhados harmonicamente com a ESF e com toda a rede regionalizada de atendimento à saúde até o nível terciário. Para tal, se faz importante a presença de instrumentos nas unidades de saúde sob o controle dos enfermeiros, tais como: fichas de notificação, prontuário, livro ou caderno de registro das atividades assistencial preventivas e de reuniões da equipe, cadernos para o controle de tuberculose e hanseníase entre outros.²⁶

Todavia, é de suma importância o preenchimento adequado para a captação e manutenção da qualidade na coleta de dados; a consolidação desses dados em informações fidedignas; a ampla disseminação dessas referidas informações a todos aqueles que as geraram e que delas necessitam tomar conhecimento, servindo de ferramenta para a elaboração de programas, a identificação de fatores de risco, a aplicação de medidas de controle, a capacitação e o aprimoramento de pessoal, a aquisição de equipamentos e tecnologias, bem como para o desenvolvimento de

produções científicas e alimentação dos sistemas de informação da vigilância em saúde.²⁷

6) Conclusão

Diante dos resultados do estudo, percebe-se que boa parte dos enfermeiros possuem apenas um tipo de aperfeiçoamento profissional, formação complementar ou cursos, sendo todos gestores da unidade de saúde, com grande maioria localizada na zona urbana.

Quanto aos desempenhos dos enfermeiros, no que se refere à prática das ações de vigilância em saúde, muitos obtiveram desempenho regular. Assim, percebe-se que as ações voltadas para a vigilância sanitária e ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica precisam ser reforçadas no exercício cotidiano dos enfermeiros participantes do estudo, bem como a vigilância sobre grupos de risco tais como tuberculose, HIV/AIDS, sífilis, hepatites virais, hipertensão e DM.

Faz-se importante enfatizar o uso adequado dos protocolos, manuais e diretrizes elaboradas para uso na atenção básica, como meio de guiar, registrar, monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde de áreas territorial urbana e rural.

Contudo, como a Unidade de Saúde da Família é porta de entrada da Rede de Atenção em Saúde, está bem próxima da população e pelos dados epidemiológicos extraídos do seu território, assim como pelo profissional enfermeiro exercer a gestão desta unidade de saúde e intermediar ações desenvolvidas na mesma, é de suma importante que ele esteja sempre se aperfeiçoando e buscando intensificar as ações de vigilância em saúde. Através da busca de casos e de pessoas nos territórios, identificação de agravos, de fatores e de grupos de risco, notificação e investigação das doenças, bem como o monitoramento das situações epidemiológicas do território e integração com os demais profissionais da vigilância em saúde do seu município.

O estudo evidenciou, ainda, a importância dos enfermeiros em exercer o papel de vigilante em saúde, junto a sua equipe, no território da unidade de saúde, fortalecendo as ações de promoção e proteção à saúde, bem como contribuindo na resolução dos problemas básicos de saúde da população.

Neste sentido, é importante enfatizar a necessidade de elaboração de mais estudos cujo escopo seja contribuir com as práticas dos enfermeiros na vigilância em saúde da família. O estudo apresentou algumas restrições, como a amostra com número pequeno e a falta de artigos científicos que pudessem contribuir para a discussão dos achados do estudo.

Referências

1. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Vigilância em saúde: informações para os secretários municipais. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; 2013.
2. Brasil. Ministro de Estado da Saúde. Portaria n. 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 jul 09 [acesso em 2016 fev 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.
3. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. Rev. Enferm. 2011 jan./mar.; 19(1): 20-5.
4. SOUSA SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RAM. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil - 2010. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012 set.; 21(3): 465-474.
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. Rev Rene. 2013; 14(4): 980-7.

7. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na internet]. Indicadores - Tipo de Estabelecimento [acesso em 2016 fev 29]. Disponível: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=26&VMun=260990&VSubUni=&VComp=.
8. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília -DF. 2013. [acesso em 2015 jun 28]. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>.
9. Brasil. Ministro da Saúde. Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. [acesso em 2016 mar. 04]. Disponível em: http://www.furb.br/web/upl/arquivos/201502031728310.PMSAUDE_%20483_2014.pdf?20150810091942.
10. Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. 2014 [acessado em 2016 mar. 01]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf
11. Ribeiro MC, Sousa RMF, Resille RGDP, Ribeiro LCC, Rocha MCL *et al.* A experiência do Pet-Saúde/Vigilância em Saúde na implementação das ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas e de surtos alimentares. In: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2013 [acessando em 2016 mar. 06], Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/020.pdf>
12. Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal [acesso em 2016 fev 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
13. Freitas GM, Santos NSS. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago.; 4(2): 1194-1203.
14. Melo RC, Machado ME. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(4): 61-67.
15. Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LL, Silva CN, Fuculo Junior PRB. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. J. res.: fundam. care. Online [Internet]. 2016 jan./mar. [acessado em 2016 fev 09]; 8(1):3893-3906.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3905/pdf_1808.

16. Faria MGA, David HMSL, Acioli SO. O perfil de enfermeiros fluminenses da esf segundo um programa de educação permanente à distância. Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro. 2012 dez.; 20(1): 591-5.
17. Romão LMV, Maia ER, Albuquerque GA. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. 2014 mar./abr.; 22(2): 264-70.
18. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. ABCS Health Sci. 2015; 40(3): 184-189.
19. Tavares RE, Tocantis FR. Nursing actions in primary care and the controlo f diseases prevantable through vacines. Rev Bras Enferm. 2015; 68(5); 521-7.
20. Marcondes FL, Tavares CMM, Santos GS, Silva TN, Silveira PG. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária a saúde: revisão integrativa. Revista PróUniverSUS. 2015 jui./dez.; 06(3): 09-15.
21. Souza MG, Mandu ENT e Elias NA. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2013 jul./set.; 22(3): 772-9.
22. Instituto Agrônômico de Pernambuco (PE). Simpósio Polo Gesseiro do Araripe: Potencialidade, Problemas e Soluções. 2014 ago [acessado em 2016 mar 08]. Disponível em: <http://www.ipa.br/publicacoes/Relat%C3%B3rio%20apresenta%C3%A7%C3%B5es.pdf>
23. Oliveira EM, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo M AC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. Saúde Soc. São Paulo. 2015; 24(3): 901-913.
24. Moutinho FFB, Campos MG, Jesus PBR. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão. Rev APS. 2012 abr./jun.; 15(2): 206-213.
25. Superintendência de Atenção Primária (RJ). Guia de Referência Rápida: Infecção pelo HIV e AIDS Prevenção, Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária. Prefeitura do Rio de Janeiro. 2015 [acesso em 2016 mar. 01]. Disponível em:

http://www.soperj.org.br/novo/imageBank/guiadereferenciarepidaemhiv_aids_versaoguia_miolo__1_.pdf

26. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acessado em 2016 mar 07]; 812 p. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>

27. Boccato, M. Vigilância em saúde. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. 2011. [acessado em 2016 mar 07]. 7 p. Disponível em:
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade11/unidade11.pdf