



ARTIGO DE PESQUISA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EL CUIDADO DE LA ENFERMERÍA A LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

NURSING CARE TO PERSON WITH DOWN'S SYNDROME IN FAMILY HEALTH STRATEGY

Ana Lídia Pinheiro Lins Miranda¹, Janieiry Lima de Araújo², Kely Vanessa Leite Gomes da Silva³, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento⁴

RESUMO

Abordar o cuidado de enfermagem às pessoas com Síndrome de Down (SD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) assume relevância na sociedade, pois se evidencia que essas pessoas são excluídas pelos serviços de saúde. O objetivo foi analisar o cuidado de enfermagem realizado pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) às pessoas com SD. Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com a participação de 12 enfermeiros da ESF de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorreu mediante Análise Temática. Como resultados emergiram os seguintes temas: O cuidado de enfermagem na ESF à pessoa com Síndrome de Down: a atuação do enfermeiro; Pessoas com Síndrome de Down: eternas crianças?; Sensações ao realizar cuidados em saúde às pessoas com Síndrome de Down; e Capacitar profissionais ou profissionais capacitados? Assim, tem-se que a assistência prestada praticamente inexistente, os profissionais, em sua maioria, mostram-se omissos para proporcionar a assistência exigida nesse nível de complexidade. Dessa forma, há a necessidade de uma formação profissional adequada que possibilite a promoção à saúde; de modo que se aperfeiçoem as práticas em saúde, em especial, do enfermeiro, às pessoas com SD.

Descritores: Síndrome de down; Estratégia saúde da família; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Addressing the nursing care to people with Down's Syndrome (DS) in the Family Health Strategy (FHS) is relevant in society, because it shows that these people are excluded from health services. The objective of this research was to analyze the nursing care performed by nurses in the Family Health Strategy (FHS) to people with DS. Descriptive study of qualitative approach, with the participation of 12 nurses of FHS from Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brazil. As data collection instrument we used the semi-structured interview. The data analysis occurred through thematic analysis. As a result the following themes: Nursing care in the FHS to the person with Down's syndrome: the role of the nurse; People with Down's syndrome: eternal children?; Sensations when performing health care for people with Down's syndrome; and train professionals or qualified professionals? Thus, the assistance provided it was insignificant, mostly of professionals are omitted to provide the assistance required at this level of complexity. This way, there is the need for adequate training that enables the promotion of health; that further improvement in health practices, in particular, of nurses to people with DS.

Descriptors: Down syndrome; Family health strategy; Nursing; Nursing care.

RESUMEN:

Enfoca el cuidado de la enfermería a las personas con Síndrome de Down (SD) en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) es relevante en la sociedad, ya que muestra que estas personas son excluídas por los servicios de salud. El objetivo fue analizar el cuidado de la enfermería realizado por el enfermero en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) para las personas con SD. Estudio descriptivo-exploratorio, de enfoque cualitativo, con la participación de 12 enfermeros da ESF de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. Como instrumento de colecta de datos se utilizó una investigación semiestruturada. El análisis de los datos ocurrió mediante Análisis Temática. Como resultados surgieron las siguientes temáticas: El cuidado de la enfermería en la ESF a las personas con Síndrome de Down: la actuación del enfermero; personas con síndrome de Down: ¿eternos chicos?; sensaciones al realizar cuidados en la salud a las personas con síndrome de Down; ¿y Capacitar profesionales o profesionales capacitados? Así, se tiene que la asistencia prestada prácticamente no existe, los profesionales, en su mayoría se muestran omissos para proporcionar la asistencia exigida en este nivel de complejidad. De esta manera, existe la necesidad de una formación profesional adecuada que posibilite la promoción a la salud; de modo que se mejore las prácticas en la salud; en especial, del enfermero, a las personas con SD.

Descritores: Síndrome de down; Estrategia salud de la familia; Enfermería; Cuidados de enfermería.

¹ Enfermeira, Especialista, Graduada Curso de Graduação em Enfermagem/Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia/Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. ² Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia/Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. ³ Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade Regional do Cariri- URCA/Ceará. ⁴ Enfermeira, Especialista, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia/Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

INTRODUÇÃO

O homem é um ser complexo que se diferencia do outro devido às peculiaridades de ordem biológica, psicológica, étnico-racial, socioantropológica, ético-moral, econômica e, até mesmo, existencial. Em relação às práticas de saúde, é imprescindível considerar tais peculiaridades diferenciadoras, que se constituem como elementos essenciais para a formação da pessoa humana, quando da execução do cuidado^(1,2).

Ao discorrer sobre os problemas inerentes ao cuidado de saúde, apela-se para a necessidade do reconhecimento e percepção pela população para a realização do cuidado integral e equânime ao ser humano, cuidado este capaz de considerar as diferenças constitutivas do homem, pois a preocupação com a própria saúde é um fenômeno primordial do ser humano⁽³⁾.

A diferença é uma condição humana, cada pessoa é um ser único, todavia somos semelhantes, por pertencermos a uma mesma espécie de seres vivos, mas, também, é a diferença que nos torna complexos. Contudo, fugir do padrão apresentado pela maioria dos membros de um grupo social determina preconceitos que podem vir a nos excluir do convívio social e do gozo de direitos. Ser diferente, em diversas sociedades, denota como algo incomum, anormal ou até mesmo patológico. Um ser humano que foge aos padrões de normalidade impostas pela sociedade, é um indivíduo vítima de preconceitos que refletem diretamente no seu modo de viver a vida. Quando o debate sobre as diferenças entre um ser e outro se afunila para classificar ou segregar as pessoas, colocando-as como aptas e não aptas, esse ser “diferente” é estigmatizado e excluído do grupo social⁽⁴⁾.

Ao se buscar identificar as diferenças humanas, desenvolvidas a partir da formação genética dos indivíduos, sobressalta-se no interior do debate científico as diferentes

síndromes existentes, e que trazem, portanto, necessidades sociais e de saúde específicas. Entre as síndromes mais conhecidas, tem-se a Síndrome de Down, popularmente definida como “mongolismo”, termo definidor, porque as pessoas com essa síndrome possuem características físicas que se assemelham com as características da raça mongólica. Porém, nos dias atuais, essa denominação não é mais utilizada, pois é considerada pejorativa e preconceituosa. Na contemporaneidade, a Síndrome de Down é compreendida como uma ocorrência proveniente de uma alteração cromossômica, de origem genética⁽⁵⁾.

A pessoa com a síndrome apresenta um cromossomo a mais ligado ao par 21, fato esse que ocasiona um déficit no desenvolvimento cognitivo, caracterizando-as como pessoas com deficiência mental. A justificativa biológica para a compreensão da Síndrome de Down diz que “[...] o excesso de genes devido à presença de um cromossomo 21 extra, vai romper a cadeia de equilíbrio”^(6,p.36) e, por esse motivo, “as pessoas com Síndrome de Down têm um desenvolvimento parcial considerado inarmônico”^(6, p.36). Claro que essa condição não é crucial para entender as pessoas com SD, uma vez que o contexto que envolve essas pessoas reflete na forma como essas pessoas se comportam perante a sociedade. É válido também reportar-se ao termo síndrome por se tratar da “reunião de sinais e sintomas provocados por um mesmo mecanismo e dependentes de causas diversas”^(7,p.717), o que facilita a compreensão alusiva à SD, pois com as explicações dadas passamos a vê-la não como uma patologia que precisa ser tratada, e sim como uma alteração cromossômica, a qual carece de um olhar omnilateral direcionado as pessoas que nasceram com essa condição diferenciada em relação a sua constituição cromossômica⁽⁸⁾.

Mediante o deparado, torna-se pertinente revelar que a incidência de indivíduos com Síndrome de Down também se faz significativa na realidade brasileira. Desse modo, exige-se uma reformulação de como

tais sujeitos são vistos perante a sociedade, na medida em que pertencem a ela e, portanto, merecem a devida atenção e respeito a seus direitos sociais. No Brasil nasce uma criança com SD a cada 600 e 800 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social⁽⁹⁾.

Contudo, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com Síndrome de Down não as impediram de lutar em busca de melhorias no campo dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde, seja por meio de movimentos e/ou associações formadas por pais, amigos, defensores das pessoas com deficiência e/ou mesmo pelas próprias pessoas com a deficiência. Foram esses personagens que ajudaram a edificar a história de valorização daqueles que foram renunciados pela sociedade⁽¹⁰⁾.

Neste rol, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge para (re)significar conceitos, moldar a assistência à saúde e transformar realidades, entre elas, (re)expressar o contexto do atendimento a indivíduos também com Síndrome de Down. Destarte, a saúde passa a ser compreendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços”^(11, p. 39).

No tocante ao cuidado integral à saúde, esse passa a ser um mecanismo indispensável para uma prática resolutiva e eficaz exercida pelos diversos profissionais de saúde. Esses atores, ao desenvolver suas ações de cuidado coletivas, enaltecerão o sujeito como um ser singular e coletivo, respeitando a sua autonomia diante do cuidado para com a sua saúde⁽¹²⁾.

Além dos dispositivos legais que respaldam a inclusão das pessoas com deficiência, caberia aos serviços de saúde da atenção básica incluir as pessoas com Síndrome de Down nas ações programáticas. Porém, a Atenção Básica à Saúde se encontra

com as portas entreabertas para o público em questão, pois, muitos serviços não dispõem de diretrizes específicas para o atendimento das pessoas com deficiência, para assim possibilitar qualidade de vida⁽¹³⁾. A equidade, portanto, não consegue ser alcançada em sua essência.

Segundo Brasil^(13, p.5) “em conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos”. A partir de 2008, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPD), propiciou um olhar, até então não lançado, às pessoas com Síndrome de Down, mesmo com uma vertente medicalizada e especializada, como também, forneceu suporte para prover o cuidado de saúde em todos os níveis de atenção, ganhando destaque Atenção Básica em Saúde, que por sua vez, teve a rede de atenção reorganizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Atentamente, reporta-se ao destacado no texto profissional generalista, para que haja a compreensão da relevância que ele assume no espaço de cuidados primários em saúde. Principalmente, tendo em vista ser este o lugar responsável por promover cuidados de saúde à população, na qual também se insere as pessoas com Síndrome de Down. Nessa conjuntura evoca-se a figura do enfermeiro, profissional este que experimentou dissabores oriundos da trajetória histórica da enfermagem, até que sua prática fosse caracterizada como prática social e não reduzida apenas como “arte de cuidar” ou pura “ciência”⁽¹⁴⁾.

A enfermagem vista como prática social assume como objeto de trabalho o cuidar das pessoas, proporcionando cuidados inerentes aos conhecimentos disciplinares da área, de modo que suas atitudes enfatizam os perfis epidemiológicos da comunidade, focalizando-se nas necessidades de saúde para,

posteriormente, atuar sobre elas, seguindo o modelo epidemiológico que “[...] por sua vez centra-se no coletivo como um todo”^(15, p.12). Por esse motivo, o “profissional generalista” deve ser personificado pelo enfermeiro, que terá de responsabilizar-se por executar práticas destinadas às pessoas com Síndrome de Down ⁽¹⁰⁾.

Sendo assim, a pesquisa teve como objetivo analisar a experiência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família com o cuidar de pessoas com Síndrome de Down.

MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Ocorreu no município de Pau dos Ferros, localizado no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, o qual dista cerca de 400km de sua capital - Natal. Salienta-se ainda que o município encontra-se localizado na Mesorregião do Alto Oeste Potiguar. A área de unidade territorial é de 259,958km² e sua densidade demográfica compreende cerca de 106,73 hab./km². O bioma é caracterizado como caatinga, o que justifica o clima quente e seco da região. O município conta com 27.747 habitantes, destes, 25.551 residem na zona urbana e 2.194 na zona rural, sendo que 13.516 são homens e 14.229 mulheres⁽¹⁶⁾.

Dados censitários, IBGE-2010, apontam que 24% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência. E que o Rio Grande do Norte é um dos Estados com o maior índice de pessoas com um ou mais tipos de deficiência (visual, motora, auditiva e/ou mental/intelectual). No total, são 882.022 potiguares com pelo menos um desses problemas. O índice corresponde a 27,8% do total da população. Entre os potiguares, 6.929 são cegos, 4.879 são surdos, 13.606 não conseguem se locomover e 52.028 apresentam algum tipo de limitação mental/intelectual. Em termos percentuais, o Rio Grande do Norte ocupa a quarta posição com 1,64% da população apresentando algum tipo

deficiência mental permanente⁽¹⁶⁾. O quantitativo de pessoas com Síndrome de Down não pode ser precisado pelas equipes saúde da família do município em estudo.

No que se refere à capacidade instalada, apresenta doze Unidades Básicas de Saúde. Esse quantitativo garante a cobertura de atendimento de 100% da população no tocante aos serviços básicos de saúde. Ao todo são 13 enfermeiros responsáveis por cuidados de enfermagem. Dessa forma, em 11 equipes da ESF há 11 enfermeiros, atuando um em cada área de abrangência, e a décima segunda equipe, por ser responsável por uma grande área, opera com dois enfermeiros⁽¹⁷⁾. O estudo teve como participantes enfermeiros atuantes nas UBS do município de Pau dos Ferros.

Como critério de inclusão definiu-se: 1. ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no cenário do estudo. Como critérios de exclusão: 1. no período da coleta de dados, o enfermeiro encontrar-se de férias ou gozando de licença de qualquer natureza (afastamento, licença médica, licença maternidade entre outras) e 2. o profissional estar atuando junto à ESF como substituto. Ao final, participaram da pesquisa 12 enfermeiros.

O instrumento utilizado para coletar os depoimentos dos participantes foi a entrevista semiestruturada. O período da realização das entrevistas ocorreu entre os dias 8 e 26 de outubro de 2012. O início de cada entrevista ocorreu apenas após terem sido dados os devidos esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e que todo o processo de coleta e análise dos dados respeitariam as regulamentações éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, de modo que os participantes voluntariamente se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando sua participação. O método escolhido para meditar os dados coletados foi a Análise Temática de Bardin. Assim, a interpretação do corpus das entrevistas perpetuou por quatro

momentos: 1. pré-análise; 2. exploração do material; 3. tratamento dos resultados e 4. Interpretação⁽¹⁸⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), o parecer ético consubstanciado foi emitido em 17 de Fevereiro de 2012, sob a CAAE nº 0131.0.428.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média do período de ocupação no cargo de enfermeiro na ESF variou entre o intervalo de 1 e 8 anos de prestação de serviços. Quanto à qualificação profissional por meio da especialização, vislumbra-se a especialização em “Enfermagem em Saúde da Família” de forma significativa. Afere-se que 50% dos profissionais entrevistados possuem a especialidade voltada para sua área de atuação. Em segundo lugar, apresentam-se as pós-graduações em Obstetrícia, Saúde Pública e em Educação de Nível Médio e Profissionais de Saúde.

Após a análise temática, emergiram quatro temas de análise, quais sejam:

TEMA 1: O cuidado de enfermagem na ESF à pessoa com Síndrome de Down: a atuação do enfermeiro

Dispõe sobre a homogênea realidade das inexistentes práticas de saúde executadas pelo enfermeiro nas ESF às pessoas com SD. Tal percepção vai ao encontro da relevância deste estudo, uma vez que as pessoas com essa síndrome não são contempladas nos serviços da Atenção Básica, em destaque a ESF.

Nesse transcurso, observou-se, relevantemente, que 11 dos 12 sujeitos entrevistados não vivenciaram a experiência de realizar consultas de enfermagem às pessoas com SD na ESF. Tal assertiva foi alcançada a partir do questionamento “*Em que situações você realiza ou realizou a*

Consulta de Enfermagem às pessoas com síndrome de Down?”. “*Eu nunca realizei porque, até esse momento eu não peguei nenhum paciente que tem SD*” (ENFERMEIRO H). “*Não realizo. Inclusive na nossa área, tem uma criança que eu sei que tem SD e ela nunca procurou a unidade de saúde*” (ENFERMEIRO J). “*Só encaminhamentos, porque essas crianças geralmente elas são acompanhadas pelo CRI [Centro de Reabilitação Infantil], mas nunca realizei*” (ENFERMEIRO L).

Como identificado nas falas dos entrevistados, as pessoas com SD não são conhecidas pelo enfermeiro da ESF. Em uma cidade como Pau dos Ferros, onde a quantidade de habitantes faz-se significativa, observar que não há a procura com a busca das pessoas com SD nos serviços de AB põe-se como um dado relevante, pois nos leva a indagar o porquê da escassez de pessoas com SD nesses serviços.

O Enfermeiro A também esboça com genuinidade a possível justificativa para inexistência desse público na AB. “*Olhe! Primeiro atendimento aos portadores de Down em UBSF [Unidade Básica de Saúde da Família] é assim, praticamente inexistente né? Como existem os órgãos que fazem este tipo de acompanhamento às pessoas não são direcionadas ou por não serem encaminhadas ou não saber que a unidade possa fazer este tipo de encaminhamento. Mas eu confesso que nós nunca recebemos algum direcionamento ou treinamento específico pra atender esse tipo de cliente, então seria complicado e difícil fazer esse tipo de atendimento a um portador de Down*” (ENFERMEIRO A).

Ao analisar essa fala, observa-se que o profissional se coloca como não responsável pela identificação desses sujeitos, sendo que faz parte da função da enfermagem, bem como de todos os profissionais que compõem a ESF, buscar as necessidades dos sujeitos que fazem parte da área de abrangência.

Nesse caso, as pessoas com SD devem ser consideradas como parte integrante da atuação da AB, portanto, a sua procura e sua inserção nos serviços de AB devem existir, sendo da alçada de todos os profissionais, inclusive do enfermeiro, pois os profissionais da AB devem estar preparados para contemplar todas as necessidades que porventura venham a surgir em sua área. “O Programa de Saúde da Família se torna uma prática ampla e complexa, necessitando de uma equipe com um preparo técnico bastante diversificado”^(19, p. 13).

Entretantes, em uma das entrevistas pode-se visualizar, mesmo que minimamente, como se dá a atuação do enfermeiro ao público em questão. “[...] nós só temos uma criança com Síndrome e ela tem, tem em média um ano, um ano e pouco de idade. Está sendo acompanhada pelo CRI em Natal [...] eu já estive lá fazendo visita, mais pra ver a questão de vacina, a gente não tem o acompanhamento tanto da criança porque é tudo lá em Natal. A gente só vê como a criança tá, se tá tudo bem, né? A questão de vacinação essas coisas. A Assistência se dá na visita do agente e quando há a necessidade eu passo lá pra saber mais ou menos como é que tá, né? Principalmente quando tem vacina atrasada. Quando o enfermeiro vai lá eles têm mais o receio” (ENFERMEIRO E).

Nesse relato, pode-se notar que a atuação é minimalista, ou seja, não passa de uma averiguação da condição dos sujeitos com SD apenas quando solicitada. É perceptível que não há uma atuação efetiva do enfermeiro, com planejamento de ações, busca ativa dos sujeitos, percepção das condições de existir das pessoas com SD, captação das possíveis necessidades das pessoas com a deficiência relatada a fim de promover um futuro com possibilidades. Percebe-se que inexiste uma visão omnilateral lançada às pessoas com SD, não é visualizada a singularidade dos sujeitos, condição que

influencia na construção de uma vida digna para as pessoas com SD.

Ao perceber que o cuidado realizado pelo enfermeiro na ESF às pessoas com SD em sua essência não é praticável, foi questionado aos entrevistados quais possíveis práticas de cuidados poderiam ser produzidos pelos enfermeiros na ESF como forma de identificar a percepção individual que os referidos profissionais têm de sua competência para com tais sujeitos. Como respostas obtiveram-se os seguintes nortes: “Eu acho que no caso da criança ou qualquer pessoa com SD, dentro do programa, tem que ser voltado pra criança o crescimento e o desenvolvimento, se for voltado pra um adulto, enquadrar se for hipertenso, até por que eles têm uma tendência de ser cardiopatas” (ENFERMEIRO D). “Acredito que um acompanhamento rigoroso do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças, ações educativas voltadas pra família dessa criança e também pra criança em si” (ENFERMEIRO F). “[...] o cuidado que eu dou é através dos agentes comunitários na visita domiciliar” (ENFERMEIRO G). “Nesses cuidados a gente vai fazer uma análise, ver as necessidades, se necessário encaminhar [...] a questão do fonoaudiólogo e cardiologista, né? e o cardiologista a gente já encaminha pra o médico da unidade pra que ele possa fazer essa referência [...] Exame Físico, verificação da PA, encaminhamento pra odontólogo, participação nas palestras também, integrá-lo à unidade” (ENFERMEIRO H). “[...] tem que ser um acompanhamento multidisciplinar, multiprofissional, porque só o enfermeiro não ia dar conta, né? Porque tem que ter a questão do fonoaudiólogo, do psicólogo, tem que ter um educador, né? Então assim, acho que tem que ser uma área um campo maior [...]” (ENFERMEIRO I). “Na verdade, a prática não teria nenhuma diferença não, por exemplo, se chegasse uma criança pra realizar um C&D [Crescimento e Desenvolvimento], acredito que a dinâmica seria a mesma do procedimento, agora com certeza existiria

algumas especificidades que a gente só poderia ver se essa criança viesse pra que a gente pudesse observar pra ver as limitações” (ENFERMEIRO J).

Os discursos mostram-se imprecisos, uma vez que se observa a insegurança nos anúncios proferidos pelos enfermeiros. É notório que os pontos trazidos pelos próprios profissionais nada mais são que atuações unifocais. Apenas no discurso do Enfermeiro J se observou avanços no que se refere às práticas assistenciais do enfermeiro na ESF, quando ele diz que as pessoas com a síndrome devem ser compreendidas como quaisquer outras, partindo do pressuposto que são as necessidades das pessoas a condição que garantem uma visão mais complexa do ser, necessidades essas que transcendem a visão biológica, física, psicológica ou social. O ponto inicial de qualquer investigação e, por conseguinte, planejamento e concretização das práticas de cuidados de enfermagem às pessoas com SD, estão no conjunto de fatores que influenciam a vida do indivíduo e, conseqüentemente, garantirá um estar melhor⁽¹⁰⁾.

TEMA 2: Pessoas com Síndrome de Down: eternas crianças?

Discorre sobre a visão que ao longo da entrevista demonstraram ter sobre as pessoas com SD, uma vez que foi fácil perceber que tais profissionais, ao fazer menção a essas pessoas, referenciavam apenas como crianças com a síndrome. Vale salientar que as perguntas da entrevista foram elaboradas fazendo uso da expressão “Pessoas com SD”, com o intuito de não influenciar nas respostas procedentes dos entrevistados. As falas que se seguem comprovam o remate do pensamento. “[...] acho que a minha percepção seria a mesma em tá atendendo qualquer criança, claro que atendendo, vendo, levando em consideração as particularidades de uma criança, né, até a constituição física que difere um pouco da constituição da criança”

(ENFERMEIRO E). *“Porque em minha opinião, a criança com SD não é uma criança diferente, ela não deve ser tratada com diferença”* (ENFERMEIRO D). *“Nunca acompanhei nenhuma criança com SD”* (ENFERMEIRO M).

Como se pode vivificar, os enfermeiros apropriam-se de uma visão infantilizada das pessoas com SD. A percepção de que tais sujeitos são eternos dependentes faz com que não haja a preocupação de identificá-los em outras fases da vida, explica-se: não há o compromisso dos enfermeiros de compreender um jovem com SD como uma pessoa que passará pela puberdade, alcançará a fase adulta, bem como a velhice e apresentará necessidades intrínsecas a cada fase, não apenas ligadas a sua condição. Como eles evocam a pessoa com SD *“é uma criança especial, amorosa”* (ENFERMEIRO B), mas essa criança não entrará em outras fases? O corpo dela não mudará com o decorrer dos anos? As necessidades continuarão as mesmas?

Essa situação a cada dia distancia o profissional de enfermagem daqueles sujeitos que precisam, assim como qualquer outro, de uma assistência integral na AB. “Os enfermeiros reabilitadores precisam conhecer a vivência desses sujeitos e de seus familiares para ajudá-los a buscar estratégias de enfrentamento dos problemas que afetam a sua inclusão”^(20, p. 185) entre elas galgarem mecanismos que os incluam nos serviços da ESF, pois, na realidade, o que se tem é a ausência das pessoas com SD nesses espaços e, muito pior, uma visão limitada desses sujeitos, pois eles não são eternas crianças.

Sabe-se que tais sujeitos podem possuir ou não características próprias à sua condição, bem como a fase na qual está inserido, seja como criança, adolescente, adulto ou idoso. Esse é um contexto comum a todos os sujeitos que compõem a sociedade e indispensável para a compreensão da sua forma de viver, porém por muitas vezes esse entendimento serviu de justificativa para a imposição da

desigualdade existente no atendimento às pessoas com SD.

É justamente nessa assertiva que é possível enaltecer o entendimento acerca da aplicabilidade da determinação social do processo saúde/doença nas práticas assistenciais dos enfermeiros nas ESF. Tendo em vista que eles precisam compreender que dicotomias existem em todas as circunstâncias e fases da vida, independentemente de possuir ou não uma condição genética que faça diferir as pessoas com SD dos demais. Dessa forma, enaltecer as particularidades dos sujeitos é o mecanismo possível para minimizar as desigualdades nas formas de assistir.

Pessoas com SD, por possuírem déficit intelectual, são reduzidas a eternas crianças, “diferenciando” as formas que apresentam suas etapas de vida, comum a todo cidadão, apenas porque a percepção social dos enfermeiros a esses sujeitos é repleta de preconceito. Essa desigualdade imposta pelo social impede que tais sujeitos alcancem uma assistência à saúde de qualidade.

Evidencia-se que as pessoas com SD carecem de cuidados em todas as etapas de sua existência, assim o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o Planejamento Familiar, a Prevenção do Câncer de colo de útero e mama, o Pré-Natal, as Consultas de Enfermagem de um modo geral, bem como as outras formas de assistir/intervir no processo saúde/doença da ESF estão para as pessoas com SD⁽⁹⁾.

Deleitar-se por concepções de universalidade e integralidade de assistência proporciona o revigorar necessário para continuar a impetrar uma luta com a qual se almeja qualidade na assistência e acesso de todos, sem distinção, sem preconceitos, mas sim com abrangência e efetividade nas ações. Para tanto, faz-se preponderante proporcionar uma formação adequada aos profissionais enfermeiros para que eles possam compreender as pessoas com SD de forma

equânime, integral e universal, e não os reduzindo e infantilizando-os.

TEMA 3: Sensações ao realizar cuidados em saúde às pessoas com Síndrome de Down

Ousa permear pela subjetividade que envolve os enfermeiros da ESF, que por sua vez interfere nas práticas executadas por eles na realidade na qual estão inseridos, buscando compreender o sentimento que os toma e entender a postura que adotam diante do cuidado em saúde às pessoas com SD na AB.

Pode-se concluir que esta é uma fase delicada de análise, pois refletir acerca das palavras ditas, explorando as reações dos entrevistados e ter a ousadia de tecer reflexões perante a subjetividade das respostas deles é tarefa complexa, porém possível.

Com as respostas, observou-se um mix de sentimentos, emoções, conclusões, dicotomias, contrariedades, possibilidades, enfim, uma variedade de pontos que merecem ser analisados e discutidos. Dessa forma, para organizar o raciocínio, foram elencadas pontuações que se ligam, facilitando a compreensão.

A visão de um cuidado de enfermagem executada por amor, cuidado por generosidade, cuidado por benevolência, foi bem vivificada nas respostas dos entrevistados ao serem indagados sobre qual a possível sensação saboreada por eles ao executarem práticas de cuidados às pessoas com SD na ESF, como é constatada a seguir: *“Acho que muito gratificante, é uma criança especial, amorosa. Não tenho muito conhecimento próximo, mas já tive contato”* (ENFERMEIRO B). *“Ah... Eu tenho o maior carinho aos pacientes especiais, não só a SD, poderia ser até outra síndrome. Eu com certeza procuraria dar uma assistência bem dentro dos meus limites. O que eu poderia dar de melhor a eles, na minha assistência eu procuraria fazer. Porque eu gosto de pessoas especiais. São pessoas que merecem, né? Uma*

atenção maior” (ENFERMEIRO C). “Eu acho que eu me sentiria um pouco sensibilizada. Então assim, preconceito não, de jeito nenhum, até porque eles são muito amorosos e assim, pra mim, eu estaria ali tratando uma criança como outra qualquer. Eu tentaria dar o melhor de mim e procuraria promover um ambiente de amizade entre eu e essa criança” (ENFERMEIRO D). “É um sentimento diferenciado também, na realidade a gente olha com um olhar mais, eu não sei se é bem um olhar mais clínico ou de ter um cuidado especial, mas eu acho que quando a gente tem uma criança com síndrome a gente tem um carinho diferente, né? É uma criança que você sempre fica atenta a alguma coisa. É diferente você fazer um C&D de uma criança normal e com uma criança que não é [...] eu acho que tem um olhar mais especial, de proteção, sei lá... De não querer que não aconteça nada de errado com essa criança” (ENFERMEIRO E). “Eu sinto assim... A gente tem que usar do bom senso. Se eu não me acho capaz, eu tenho que ser capaz de assumir a questão de não estar apta e fazer os encaminhamentos” (ENFERMEIRO L).

Termos como “gratidão”, “carinho”, “sentimento diferenciado”, bem como “cuidado diferente”, foram pronunciados nas entrevistas. Além disso, tornam-se achados importantes, uma vez que ratificam a percepção de um cuidado pautado apenas na compaixão, retrocedendo a visão de uma enfermagem posta como “arte de cuidar”, com esse olhar a enfermagem não se apresenta como trabalho produtivo⁽¹⁴⁾.

Entrementes, já fora discutido nesta produção que essa visão unifocal e minimalista deve ser rebatida, a enfermagem carece ser vista não apenas como uma arte de cuidar, mas associado a esse cuidar deve-se enaltecer a cientificidade, pautada na intelectualidade bem como produção de conhecimento, além da prática técnica da assistência imprescindível nas ações de saúde

oferecidas a todos os sujeitos, não sendo diferente para com as pessoas com SD⁽²¹⁾.

O papel da enfermagem elenca a carência perceptível nas falas dos enfermeiros sobre o que sentir ao executar cuidados de enfermagem às pessoas com SD. Identifica-se em grande parte dos profissionais estudados, por acreditarem que as pessoas com a síndrome são diferentes, o sentimento de que os cuidados de enfermagem prestados a eles também devam ser. Essa assertiva foi evidenciada nas falas dos Enfermeiros C e D. Circunstância que vai de encontro ao que já fora relatado nos discursos trazidos, os quais pregam que a assistência deve ser integral e universal, ou seja, todos têm direito, portanto não há motivos para sentir como uma obrigação tratar as pessoas com algum tipo de deficiência de forma “especial”, “dando o melhor”, como bem exprimem nas falas.

Outro ponto que merece enfoque é o comodismo que está impregnado na fala de alguns profissionais, muitos explanam o sentimento de não estarem aptos a desenvolver cuidados às pessoas com SD, sendo este um motivo que não os instigam à procura da preparação profissional e, conseqüentemente, uma melhora nas formas de intervir com esse público. “Eu sinto assim que ainda falta alguma coisa no meu assistir, no meu intervir. A gente não tem muito costume de estar lidando com esse tipo de paciente, então você é sempre muito cauteloso, fica achando que está faltando alguma coisa” (ENFERMEIRO G). “A gente tem que usar do bom senso. Se eu não me acho capaz, eu tenho que ser capaz de assumir a questão de não estar apta e fazer os encaminhamentos” (ENFERMEIRO L). “Senti despreparado, porque não conheço a realidade do portador de SD” (ENFERMEIRO M).

Infelizmente, os profissionais, mesmo pondo-se como despreparados para atuar com tais sujeitos, não buscam alternativas que minimizem essa condição. Tal realidade

mostra uma pequena classe descomprometida com a própria profissão e com aqueles que necessitam de cuidados, também, em todos os níveis de assistência.

Por outro lado, consegue-se evidenciar que alguns enfermeiros sobressaem positivamente na entrevista, distanciando-se da visão restrita que a grande maioria apresentou ao tecer as sensações sentidas como a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem às pessoas com SD. *“Não, acho que a minha percepção seria a mesma em tá atendendo qualquer criança, claro que atendendo, vendo, levando em consideração as particularidades de uma criança, né, até a constituição física que difere um pouco da constituição da criança. Nos marcos do desenvolvimento, hoje se sabe que antes a gente via o SD como tendo um déficit de desenvolvimento em relação a outras crianças. Hoje já se pode até incluir numa mesma sala de aula crianças com e sem SD, porque se percebe que elas têm capacidade de se desenvolver tal qual as demais, então, assim, eu não veria como uma criança diferente das outras mas sim como uma criança especial pela própria condição dela”* (ENFERMEIRO F). *“Nenhum problema, até porque eu acho que o maior problema não é você, de uma certa forma, cuidar de uma pessoa tida como especial, porque especial é no sentido de ter suas diferenças, existir suas especificidades, mas o grande problema é o grande entrave que o próprio profissional deve ter por exemplo de ver, de visualizar aquilo de ver e não saber como fazer”* (ENFERMEIRO J).

Mesmo com algumas contradições expostas no relato dos enfermeiros, os depoimentos trazidos mostram que a visão de igualdade faz parte da concepção de uma prática mais efetiva. Ver as pessoas com SD como pessoas que carecem de assistência comum aos sujeitos e assim como os demais apresentam particularidades intrínsecas a cada um, não sendo este um motivo de exclu-

los dos serviços de saúde é uma conjuntura que se mostra como avanço significativo e necessário. Deparar-se com esse achado mostra fonte de esperança para aqueles que acreditam em uma sociedade mais justa, uma saúde que funcione, na resolutividade da AB e em uma Enfermagem Profissional.

TEMA 4: Capacitar Profissionais ou Profissionais Capacitados?

Apresentam-se destacando a formação do profissional enfermeiro diante do cuidado em saúde às pessoas com SD. Mediante apreciação profunda do que foi discorrido pelos entrevistados, emerge o questionamento: *há a necessidade de capacitar os profissionais?*

Após leituras e releituras das entrevistas, observa-se a necessidade de capacitar e habilitar os profissionais de enfermagem, já que se identificam ranços de uma formação deficitária, porém não necessariamente executar capacitações específicas para assistir as pessoas com SD. Muitos enfermeiros relataram nos trechos sequenciais a necessidade de uma preparação privativa para a SD: *“Eu teria que dar uma estudada, um preparo pra trabalhar com paciente especial”* (ENFERMEIRO C). *“(...) eu, como profissional, necessito de uma capacitação, especificamente pra esse tipo de portador né? SD”* (ENFERMEIRO M).

Contrapondo-se a visão dos enfermeiros, acredita-se com veemência que deve existir a busca pela inserção dos profissionais na nova forma de fazer saúde, ou seja, ajudar esses profissionais a incluir todas as pessoas, entre elas as com SD, nos serviços de saúde executados pela AB, sem necessariamente existir uma portaria, lei ou política que os obriguem a fazer, pois essas pessoas são também pessoas que carecem de assistência à saúde orientada a todos os âmbitos de sua vida e não essencialmente às específicas de sua condição.

Claro, sabe-se que a SD exige atenções específicas, como um maior enfoque a problemas cardíacos, endocrinológicos, neurológicos⁽⁹⁾, porém esse quesito não difere de muitos outros casos, nos quais as pessoas ditas “normais” pela sociedade necessitam, muitas vezes, de uma atenção particular por apresentar alguma alteração, mas nem por isso são exclusas dos serviços de AB como ocorre com a SD.

Entretanto, o ideal é o profissional egresso já ser capacitado. É cogente uma preparação para os atuais profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros. Estes devem apropriar-se de uma visão integral dos sujeitos para exercer uma enfermagem resolutiva, dispondo dos subsídios inerentes a sua profissão, capazes de atender as necessidades da população e, mediante aos determinantes das condições de vida de cada ser, traçar as estratégias viáveis para prover qualidade de vida para as pessoas de um modo geral. Este perfil de enfermeiro ideal é a de um profissional capacitado, subentendendo-se que sua formação acadêmica contemple tais características⁽²²⁾.

Algumas colocações identificadas na entrevista aproximam-se dessa compreensão. Foi percebido que alguns profissionais conseguiram esboçar a visão de uma assistência ampliada, mais generalista, mostrando que a sociedade avança, mesmo que lentamente, no projeto de inclusão das pessoas nos serviços de saúde, como bem evoca o Enfermeiro L na retórica: “A assistência precisa ser melhorada não para as pessoas com SD, mas a assistência precisa ser mais efetiva para toda a população”. Essa asseveração mostra, resumidamente, a solução para minimizar, de forma significativa, a ausência de práticas voltadas às pessoas com SD exercidas pelo enfermeiro na ESF. Para alcançar esse feito, basta entrever os sujeitos como parte integrante do próprio processo saúde/doença.

No decorrer da entrevista, alguns profissionais lançaram meios de prover o resgate das pessoas com SD, reconhecendo que é papel do próprio enfermeiro, bem como de toda a equipe da ESF a inclusão dessas pessoas à AB, reforçando a conscientização que alguns demonstram ter, possivelmente oriunda de sua formação acadêmica, ajudando a dar continuidade nesse processo de remodelação social. “Eu acredito que está passando despercebido as pessoas com SD. Com certeza alguém não está identificando e não está trazendo esse pessoal, né? Porque é responsabilidade da AB também trazê-los” (ENFERMEIRO M). “Primeiro a gente tem que fazer uma busca ativa para fazer um levantamento desses pacientes. Sabendo desses pacientes, fazer visita domiciliar e integrar eles nas ações da unidade” (ENFERMEIRO G).

Infelizmente, constata-se que apenas uma pequena parcela dos profissionais se mostra capacitada para agir na assistência às pessoas com SD na ESF, pois correlaciona a função da estratégia bem como a necessidade dos sujeitos, a política de saúde que rege a sociedade brasileira - o SUS - e articula o principal objetivo da prática de enfermagem, o cuidado. Por sua vez, para o encontro com o outro, precisa ser sentido, assumido e exercitado no dia a dia da enfermagem para evitar que sua prática se torne mecânica, impessoal e até desumana⁽²²⁾.

Contudo, essa pequena parcela é a prova viva de que o enfermeiro capacitado pode apoderar-se do cuidado para promover qualidade de vida às pessoas com SD na ESF, espaço responsável pelo vínculo inicial da população aos serviços de saúde, tendo o compromisso de executar um cuidado humanizado e digno às pessoas, as quais estão inseridas as com SD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que no cotidiano das práticas de cuidado realizadas pelos

enfermeiros na ESF, a assistência prestada às pessoas com SD praticamente inexistente, pois tais usuários não se fazem presentes nesses espaços de saúde. Os profissionais, em sua maioria, apresentam-se omissos para proporcionar a assistência específica exigida nesse nível de complexidade que é o cuidado à pessoa com deficiência.

Não houve hesitação em participarem das entrevistas, entretanto, no decorrer desta, o que se intuiu foi a demonstração de insegurança e incômodo desses profissionais ao serem questionados sobre o tema. Muitos fizeram a ressalva de não atenderem pessoas com SD em sua realidade de atuação e, por isso, poderiam não discorrer satisfatoriamente sobre o assunto. Outros respondiam com o silêncio, demonstrando a postura, por muitas vezes, omissa de não assegurar a tais sujeitos os serviços de saúde que são de direito, unicamente por julgá-los como pessoas especiais e, portanto, carecerem de cuidados “especiais”, e não cuidados “comuns”, os quais, de acordo com os entrevistados, devem ser ofertados aos “normais”.

Com esse enfoque, pode-se notar o quanto pertinente se faz ver a necessidade dos sujeitos com SD lançando um olhar além-mar. É cogente perceber que tais sujeitos necessitam de cuidados em saúde, cuidados não preparados para eles, mas que também contemplem as pessoas com deficiência. Com essa percepção, torna-se óbvio que a ESF deve estar apta para receber todo e qualquer ser que necessite de cuidados básicos de saúde. Para tanto, o enfermeiro, o qual faz o elo entre os serviços de AB e os usuários, precisa estar capacitado para acolher as pessoas com SD em todas as fases do seu existir, nesse nível de complexidade, e garantir a ele um cuidado em saúde eficiente e resolutivo.

Sem sombra de dúvidas, faz-se imperioso que os enfermeiros da ESF da realidade em estudo, lancem um olhar omnilateral às pessoas com SD. Não se concebe que diante da política instituída pelo

SUS e pelos direitos de cidadania alcançados pelas pessoas com deficiência, seja a exclusão, o desrespeito, a falta de compromisso com o social, bem como a escassez da ética profissional, os princípios que norteiam as práticas de cuidado às pessoas com SD. A realidade que temos é a de um serviço de saúde que não caminha por não ter em sua composição a força de trabalho composta por profissionais que cumpram a responsabilidade de cuidar de vidas.

Para alguns, o enfermeiro afastou-se de suas funções na ESF, mas a realidade nos faz crer que essa aproximação nunca existiu quando direcionadas a pessoas com SD. A verdade é que o problema com a saúde desse grupo populacional permanece, porém ganha destaque recente, graças às transformações que insistiram em acontecer com o transcurso dos anos por meio de lutas sociais, políticas, culturais, filosóficas, ou seja, lutas de classes que almejam uma assistência em saúde consonante com os princípios do SUS.

Para que a realidade de uma assistência apropriada na ESF seja alcançada, é necessário que os profissionais saiam qualificados da formação acadêmica. A graduação deve ser compreendida como mola mestra para impulsionar a gênese de um profissional enfermeiro capaz de atender as necessidades de saúde, tenha o compromisso de ser um eterno aprendiz, acolha os sujeitos apropriando-se da humanização das ações e execute bem a sua profissão, no caso a enfermagem, para assim, ajudar no processo de melhoria dos serviços de AB.

No caso da assistência às pessoas com SD, é necessário que os futuros enfermeiros não se deixem corromper pela visão preconceituosa que a sociedade lança para as pessoas com deficiência e saiam formados visualizando-as como seres humanos que adolecem e alcançam díspares fases de vida. Não as infantilizando, nem limitando os avanços que podem e devem acontecer em

todas as fases existenciais com as pessoas com SD.

É válido ressaltar que a continuidade da qualificação do enfermeiro deve ocorrer durante toda a sua produção social e educacional. É de imensurável importância que ele, ao realizar o cuidado de enfermagem, siga adiante, proporcionando qualidade de vida às pessoas com a síndrome. Afinal, o conhecimento é uma metamorfose de saberes, estes sempre são edificados, destruídos, refeitos, compilados, explorados e, portanto, requerem a sua busca permanente.

Unindo uma boa formação com a permanente capacitação do profissional já formado, muitos passos serão dados rumo à excelência aos serviços prestados às pessoas, não só as com SD, mas todos os cidadãos. Com essa perpetuação do saber, o enfermeiro despregar-se-á de um perfil de profissional bondoso, benevolente e ausente de conhecimento teórico e prático, perfil esse que impede a progressão de uma assistência em saúde resolutiva. Ao desconectar-se desse perfil, o enfermeiro tende a exercer um cuidar que envolva a tríade mais que perfeita para a prática de enfermagem, a qual envolve: o intelecto, o afeto e a prática. Dessa forma, o cuidar por compaixão que a muito deveria ter sido eximido será despido pelos profissionais de enfermagem.

Não podemos deixar de elencar que não serão apenas a formação profissional e sua permanente capacitação as redentoras da atual situação de exclusão das pessoas com SD dos serviços de AB. É importante ter os meios e instrumentos que garantam as formas de trabalhar, ou seja, como executar suas funções nos espaços de saúde.

O enfermeiro, para atender as pessoas, inclusive as com SD, necessita de todo um aparato tecnológico, uma boa equipe de trabalho, bem como uma infraestrutura adequada para executar dignamente seu importante trabalho e, assim, minimizar os

problemas que circundam a vida dessas pessoas que, constantemente, lutam por direitos, inclusive o direito à saúde.

Pertinente se faz fomentar a discussão referente aos mecanismos que já existem, porém não são considerados pelos profissionais de enfermagem, a exemplo, temos as Políticas de Saúde Orientadas às Pessoas com Deficiência, as Diretrizes de Atenção à Saúde das Pessoas com SD, enfim, produções que auxiliam nas dúvidas, mostram caminhos e possibilitam uma prática em saúde competente para com as pessoas com SD.

Conglomerando esses aspectos, a AB, na figura da ESF, apresentará as portas não mais entreabertas, como fora elencado ao principiar este estudo, mas estará aberta para receber aqueles que precisam de orientação e cuidado. Dessa forma a ESF apoderar-se-á dos requisitos básicos para promover saúde com legitimidade para a população, tratando das pessoas com dignidade, sem excluí-las ou taxá-las por rótulos não mais concebíveis em uma sociedade que evolui significativamente.

REFERÊNCIAS

1. Alcántara S, Tobar VJ. O início da vida biológica de um novo ser humano a partir da perspectiva científica biológica. Escuela de Medicina [internet]. 2009 [Acesso em: 15 dez. 2012]. Disponível em: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica18/Inicio.html>.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude soc. 2004 dez; 13(3):16-29.
3. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Trad. de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes; 2006.
4. Wou AS. A construção social da Síndrome de Down. Cad Psicopedagoga. 2007; 6(1):1-187.
5. Louredo P. Síndrome de Down. Brasil Escola, Goiânia. [internet] 2010 [Acesso em: 12 out 2012]. Disponível em:

<http://www.brasilecola.com/doencas/sindrome-de-down.htm>.

6. Nascimento DL. Síndrome de *Down*: Quem sou eu?. Mossoró: UERN; 2008.

7. Bueno S. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD; 2007.

8. Sousa JIGS, Ribeiro GTF, Melo APC. Síndrome de *Down*: Sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico. *Pediatria (São Paulo)*. 2009 abr/jun; 31(2):100-8.

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção às pessoas com síndrome de *Down*. Brasília: MS; 2012.

10. Labronici LM, Negri MDX, Zagonel IPS. O cuidado inclusivo de enfermagem ao portador da síndrome de *Down* sob o olhar de paterson e zderad. *Rev bras Enferm*. 2003; 56(6):678-82.

11. Andrade LOM, Barreto ICHC. SUS passo a passo: história: regulamentação: financiamento: políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007.

12. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde pública*. 2004; 20(5):1411-6.

13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: MS; 2008.

14. Leite JL, Santos RM, Trezza MCAF. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Rev bras Enferm*. 2008; 61(6):904-8.

15. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva face à Vigilância à Saúde. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1996; São Paulo, Brasil.

16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro; 2011. (Recenseamento Geral do Brasil).

17. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2001 a 2004. Pau dos Ferros - RN; 2001.

18. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2007.

19. Ronzani TM, Stralen CJV. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev APS*. 2003 jul/dez; 6(2):99-107.

20. França ISX, Pagliuca LMF. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2009 mar; 43(1):178-85.

21. Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando acerca de significados e implicações da Prática da Enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004 out; 12(5):806-15.

22. Corbellini VL, Santos BRL, Ojeda BS. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Rev bras enferm*. 2010 ago; 63(4):555-60.

Recebido em: 23/06/2014
Versão final em: 25/11/2014
Aprovado em: 01/12/2014

Endereço de correspondência
Ellany Gurgel Cosme do Nascimento
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-
UERN, Campus Avançado Profª Mª. Elisa de
Albuquerque Maia-CAMEAM. BR 405, KM 153,
Arizona 59900-000 - Pau dos Ferros - RN.
Email- ellanygurgel@hotmail.com