



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

SAÚDE NA PRAIA: ONDE O SUS SE ENCONTRA COM O MAR

LAISA CARLA VALE DA SILVA

Profa. Ms. Mariana Cella

NATAL/RN
2015

LAÍSA CARLA VALE DA SILVA

SAÚDE NA PRAIA: ONDE O SUS SE ENCONTRA COM O MAR

Artigo científico apresentado como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – II.
Orientadora: Profa. Ms. Mariana Cela.

NATAL/RN
2015

“A NOVIDADE VEIO DAR A PRAIA”

“A novidade veio dar a praia”, cantou o poeta da música criticando o antagonismo social excludente. No vertente caso, cá para nossas terras e para nossos dias, “a novidade veio dar a praia”, pois assim como “o artista tem de ir onde o povo está”, a saúde tem que chegar onde se faz necessária. Levar a Saúde à Praia PARECE ser “o máximo do paradoxo estendido na areia”, pois ao tempo que o “Saúde na Praia” é “a novidade”, a inovação, também PARECE ser uma contradição, visto que, por nossas convenções sociais, praia não seria o lugar mais adequado para o serviço de saúde realizar exames, prevenção, promoção, orientação, etc. Coloquei, aqui, o termo PARECE pois, efetivamente, levar Saúde à Praia não é um favor, é um dever, uma obrigação assegurada pelos Princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade).

Banhistas, Barraqueiros, Sufistas, Ambulantes, Espostistas, Pescadores, Turistas, Artistas. Para uns, diversão, para outros, sustento. “De um lado esse carnaval, de outro a fome total”. Assim é Ponta Negra. Contradições ocultas por um Plano de Fundo belissimamente abençoado. Aqueles que lá estão “à serviço”, certamente, só procuram um outro Serviço, o de Saúde, em derradeiro caso; como diria uma amiga enfermeira, após o “limiar da dor”. Este exemplo de dificuldade no acesso ao aparelhamento de saúde, acentuado pelas desigualdades sociais, traz à baila a concepção Constitucional de saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”.

Deixando de lado tanta teoria, vejo nesta iniciativa o estreitamento da “distância entre intenção e gesto”. Na prática, alguns (mas) poucos (as) abnegados (as) empunhando o estandarte da Estratégia Saúde da Família, romperam com o modelo hegemônico em saúde, vencendo as dificuldades interpostas pela máquina burocrática e desprovida de emoção, indo bem além das fronteiras da territorialidade e população adscrita, visto que atuam num território cosmopolita, numa comunidade globalizada (isto mesmo, não foi erro, comunidade globalizada) ainda assim, criam vínculos de afetividade e confiança, garantindo o atendimento através do acolher, escutando e ofertando respostas para os problemas de saúde da população, conjugando o verbo cuidar em todos os modos, tempos, pessoas, números e vozes. Assim é o “Saúde na Praia”, onde o SUS se encontra com o Mar.

Maio de 2015, Josenildo Cesar.

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que organiza a Atenção Primária no Brasil tem como base os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equidade e participação social. É considerada a principal porta de entrada do Sistema, na qual se desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, diminuição dos danos à saúde e ordenação das redes, deve proporcionar a equidade e a justiça social. É organizada com equipes responsáveis por determinados territórios. A ESF implantada na Vila de Ponta Negra, localizada numa das mais belas e frequentadas praias da cidade de Natal-RN, Brasil, saiu dos muros da Unidade e foi até a orla marítima para realizar ações de promoção e prevenção, de início direcionadas a saúde do homem, e posteriormente permanecendo com uma ação da ESF. A ligação peculiar característica da ESF com a Comunidade (Territorialidade e População Adscrita), despertou nesta Concluinte um entusiasmo latente em buscar os cenários que levam aos meandros da Atenção Básica, uma proximidade da teoria com a prática. Tendo como premissa a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, procurou contribuir com atos e intenções às práticas elencadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Este trabalho apresenta o relato de experiência da referida Concluinte em um Estágio Voluntário no Projeto “Saúde na Praia”. O Projeto “Saúde na Praia” é um trabalho inovador objetivando ampliar o acesso dos trabalhadores e moradores da Vila de Ponta Negra ao SUS, as equipes levam à “população” da praia alguns serviços básicos, tais como: imunização, aferição de Pressão Arterial (PA), Teste glicêmico, Prevenção do câncer de boca, panfletos educativos com ênfase nas DST-AIDS, distribuição de camisinhas femininas e masculinas, solicitação de exames de PSA e um rastreamento populacional da Diabetes Mellitus. **Metodologia:** Trata-se de um Estudo Descritivo, do tipo Relato de Experiência, abordando a participação da discente no Projeto “Saúde na Praia”, tendo utilizado Diário de Campo para embasar o relato. **Resultados:** Estamos na quinta edição dessa ação: Novembro Azul, Versão Carnavalesca, Mês das Mães, Vila em Movimento e Saúde a Primavera/ Setembro Verde. Foram num total de 1048 pessoas a passar por essas ações e a receber informações de educação em saúde e atendimentos básicos de prevenção. Apesar de boa receptividade, existiram obstáculos como falta de estrutura e matérias para trabalho. **Conclusão:** Trata-se de um trabalho inovador, que vai além das fronteiras do território, alcançando uma população cosmopolita e consolidando os princípios do SUS de universalização, integralidade, equidade e acessibilidade. Espera-se que os resultados avançados venham a estimular a realização de projetos semelhantes, capaz de aproximar a população aos serviços oferecidos pelo SUS.

Palavras-chave: prevenção; acessibilidade; cuidado em saúde; serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The *Estratégia de Saúde da Família* (ESF) which organizes the Primary Care in Brazil is based in the principles of the *Sistema Único de Saúde*: universality, comprehensiveness, equity and social participation. It is considered the System's main gateway, which develop health promotion, prevention of diseases and harms, reduction of damage to health and ordination of networks, should provide equities and social justice. It is organized with teams responsible for certain territories. The ESF located in the Ponta Negra village, located in one of the most beautiful and popular beaches of Natal, RN, Brazil, came out of the unit's walls and went to the seafront to perform actions of promotion and prevention, initially targeted to human health, then remaining as an ESF action. The peculiar connection with the Community (Territoriality and Ascribed Population) which is characteristic of the ESF awakened in this graduating student an enthusiasm in seeking the scenarios that lead to the intricacies of Primary Care. Having as premise the health as "a right of all and duty of the state", the student tried to contribute with actions and intentions to the practices listed by the SUS (*Sistema Único de Saúde*). This paper presents the experience report of this student in a voluntary internship in the project "*Saúde na Praia*". This project is a groundbreaking work aiming to increase the access of workers and residents from Ponta Negra village to SUS, with teams leading some basic services to the "population" of the beach such as: immunization, blood pressure measurement, glucose test, oral cancer prevention, educational pamphlets with emphases on STD-AIDS, distribution of male and female condoms, PSA test ordering and population screening for Diabetes Mellitus. **Methodology:** This is a Descriptive Study of the Experience Report type, addressing the participation of this student in the project "*Saúde na Praia*", having used the Field Journal to support the report. **Results:** We are in the fifth edition of this action: Blue November, Carnival version, Month of Mothers, Moving Village and Welcome the Spring/Green September. A total of 1048 people went through this action and received information about health and basic preventive care. Although well received, there were obstacles such as lack of structure and materials to work. **Conclusion:** This is a groundbreaking work that goes beyond the borders of the territory, reaching a cosmopolitan population and consolidating the SUS principles of universality, comprehensiveness, fairness and accessibility. It is expected that the enhanced results will encourage the realization of similar projects, capable of bringing the population to the services offered by SUS.

Keywords: prevention, accessibility, health care, health services.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge nos idos de 1994, anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), com a perspectiva de redirecionar a Atenção Primária na saúde brasileira, teve como principal meta reorganizar a Atenção Básica, com o intuito de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, em consonância com os Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Territorialidade, Integralidade, Equidade e Participação Social. Busca a incorporação da promoção da saúde, do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, do envolvimento comunitário e de uma lógica de responsabilização entre os diversos atores sociais envolvidos no processo de construção do sistema sanitário (MARTINS, Poliana Cardoso et al).

Um dos Princípios do SUS é a Territorialidade, ou seja, tem-se como premissa uma organização em território, permitindo um espaço concreto de trabalho em equipe, sendo o núcleo familiar visto como base de sua atuação e sua relação na sociedade, inclusive o modo social de produção, avaliando quais determinantes sociais contribuem para o desenvolvimento do processo de saúde na sociedade.

O processo de implantação do PSF no município de Natal se deu no ano de 1998, inicialmente com as Unidades de Saúde de Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes, pioneiras na implantação das equipes. Nessa escolha, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS utilizou o Princípio da Equidade, pois num cenário de desigualdade social esses territórios se apresentaram como campos de objetivo para ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida, esta, determinante dos processos de adoecimento e morte nas famílias.

De acordo com Rocha (2000), o processo de implantação do PSF, no município de Natal, aconteceu com pouco comprometimento institucional, tendo como fatores de limitações as sucessivas mudanças de Secretários Municipais de Saúde em curto intervalo de tempo, naquele período, provocando “uma sistemática descontinuidade de ações” (ROCHA, 2000, p. 42).

Conforme Portaria nº 1886/GM, as Equipes de Saúde da Família seriam compostas cada uma por 01 (um) Médico, 01 (um) Enfermeiro, 02 (Dois) Auxiliares de Enfermagem e 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde - ACS (BRASIL, 1997). O Ministério da Saúde - MS, em 2002, incentivou a condição de gestão plena

dos municípios ampliando o piso da Atenção Básica e suas competências através da NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002). O município de Natal assumiu, então, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e passou a considerar a ESF o modelo de reorganização da Atenção Básica, propondo 100% de cobertura populacional para os Distritos Norte e Oeste, bem como parte dos Distritos Leste e Sul.

Assim, o município manteria a coexistência dos dois modelos de organização das práticas: Unidades de Saúde organizadas na lógica da ESF nos distritos Norte e Oeste, e as Unidades Básicas de Saúde tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais nos locais em que ainda não fosse possível implantar a ESF (NATAL, 2003).

Recentemente, no ano de 2014, no Distrito Sanitário Sul (DSS) iniciou-se a implantação de 02 (duas) equipes da ESF no bairro de Ponta Negra, da cidade de Natal/RN. Destacando-se 02 (dois) diferentes aspectos geográficos, históricos e sociais: um conjunto residencial que surgiu a partir da especulação imobiliária dos anos 80, é a da Vila de pescadores, local escolhido para implantação da Estratégia de Saúde da Família. A Vila tem peculiaridades e contrastes. Habitam no mesmo território, pescadores, rendeiras, artesãos, ambulantes, todos “autóctones”, por outro lado, funcionários dos hotéis e pousadas que lá se estabeleceram, assim como estrangeiros, profissionais liberais, que buscam uma proximidade com a “orla comercial” e proximidade com o mar.

A população do bairro de Ponta Negra abrangendo a do conjunto de Ponta Negra e da Vila é de 23.600 habitantes (IBGE, 2000). Sendo assim, através de geoprocessamento a equipe da SMS identificou uma população de 14 mil habitantes ao visitar o território da Vila. Porém mediante as condições estruturais, além de reuniões dos técnicos das três esferas, local, distrital e central, decidiu pela implantação de 02 (duas) equipes abrangendo 50% da população da Vila. As equipes implantadas iniciaram o cadastramento casa a casa; realizaram reuniões semanais nos corredores da Unidade de Saúde, comunicando e explicando a proposta; não obstante, rodas de conversas com as Organizações Sociais do bairro (CONGRESO IBEROAMERICANO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, 4, 2015, Montevideo).

Dessa forma, foram cadastrados 6.600 (seis mil e seiscentos) habitantes para 02 (duas) Equipes, encontrando dificuldades no tocante a habitações com moradores ausentes e casas desabitadas (E-SUS, 2014). Apesar da boa receptividade, existiram recusas em função de certo descrédito na organização atual da Unidade de Saúde, bem como desconfiança da proposta em virtude do momento político eleitoral (CONGRESO IBEROAMERICANO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, 4, 2015, Montevideo).

Identificaram-se como determinantes sociais, o desemprego e subemprego, autônomos sem carteira assinada, moradias insalubres, como também as principais condições de saúde referidas a obesidade, tabagismo e hipertensão (E-SUS, 2014).

A ligação peculiar característica da ESF com a Comunidade (Territorialidade e População Adscrita), despertou nesta Concluinte um entusiasmo latente em buscar os cenários que levam aos meandros da Atenção Básica, uma proximidade da teoria com a prática. Tendo como premissa a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, procuro contribuir com atos e intenções às práticas elencadas pelo SUS.

Dessa forma, foi aceito um convite de Estágio Voluntário realizado por uma Enfermeira daquela Unidade Básica de Saúde – UBS. Naquele momento algumas ações estavam sendo iniciadas no que se refere à promoção e a prevenção a saúde, características preconizadas pelas ESF, dentre as quais: Outubro Rosa, Café com SUS, Novembro Azul - Saúde na Praia, na qual passei a ser mais um membro da equipe como voluntária. Destaco essa última ação denominada “Saúde na Praia”, como objeto de estudo, uma experiência que saiu dos muros da Unidade, indo além do território da ESF, foi à orla marítima para realizar ações de promoção e prevenção, de início, direcionada a Saúde do Homem, posteriormente, permanecendo com uma ação da USF.

O Projeto “Saúde na Praia” é um trabalho inovador objetivando ampliar o acesso dos trabalhadores e moradores da Vila de Ponta Negra ao SUS, as equipes levam à “população” da praia alguns serviços básicos, tais como: imunização, aferição de Pressão Arterial (PA) e Teste glicêmico, prevenção do câncer de boca, panfletos educativos com ênfase nas DST-AIDS, distribuição de camisinhas femininas e masculinas, solicitação de exames de PSA e um rastreamento populacional da *Diabetes Mellitus*.

Pioneiro, o “Saúde na Praia” teve como primeira versão, no ano de 2014, o tema Novembro Azul (Saúde do Homem). Em um segundo momento, já no ano de 2015, uma variante mais Carnavalesca, sendo realizada à véspera da “Festa Momesca”. Já na terceira fase, foi considerado o Mês das Mães, em Maio do mesmo ano, bem como a Campanha de Imunização contra a Influenza. No quarto momento, indo mais perto das micro áreas, com o tema Vila em Movimento. Após dois meses retornamos a orla da Praia com o “Saúde na Praia”: Saúde a Primavera. Tendo acompanhado a Implantação e Desenvolvimento das etapas citadas, vivenciei um efetivo processo prático-pedagógico que auxiliou a compreender diferentes teorias fundamentadoras da saúde no Brasil, frente a um espaço de aproximação real entre universidade e comunidade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a implantação e desenvolvimento do Projeto “Saúde na Praia”, analisando as ações de enfermagem.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como se deu a implantação do Projeto “Saúde na Praia”, na ESF da Vila de Ponta Negra, relatando as facilidades e dificuldades encontradas.
- Relatar as práticas vivenciadas pelo aluno durante as fases do Projeto “Saúde na Praia”, refletindo sobre as suas contribuições.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No século XX, mais especificamente nas décadas de 1950 e 1960, período que antecede a Reforma Sanitária no Brasil, o modelo de saúde vigente no país caracterizou-se como hospitalocêntrico, com características centradas em um sistema hospitalar em que as ações de saúde estavam voltadas para a cura das doenças (PAIM, 2002).

Anseio de modificações culminou com a Reforma Sanitária associada a fortes influências no final dos anos 1970, impulsionada por crises no modelo de saúde vigente no país, refletindo as vontades dos movimentos populares promoveu várias alterações no sistema de saúde da época, uma vez que objetivava provocar mudanças na atenção à saúde do Brasil. Com isso ressalta-se que essa reforma se configurou como um movimento que surgiu da vontade popular pela melhoria nas ações de saúde que estavam sendo desenvolvida de forma segregatória, com o favorecimento de pequenos grupos e com ações que não contemplavam a prevenção e promoção à saúde (PAIM, 2002).

Deste modo o movimento da Reforma Sanitária por sua vez incentivou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto em 1986 e consolidado pela Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde (MS), adotando a precisão de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, lança a Portaria N° 687, em 30 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006c).

A promoção da saúde, como sugestão para viabilizar a reorientação do modelo assistencial, compõe um campo de saberes e práticas amplo e complexo, cuja definição não pode limitar-se a um conceito (SILVA; SENA, 2010).

Dessa forma, entendemos promoção da saúde como um campo político e metodológico útil para analisar e operar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que, por sua vez, dizem respeito às condições propiciadas pelos aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais nos quais os indivíduos e coletivos estão inseridos (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004; PEDROSA, 2004).

A origem do Programa Saúde da Família (PSF), teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar

a atenção básica a saúde. O PSF é contido como uma das principais táticas de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF possui alterações marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico, tais como: incorporação do conceito de saúde como qualidade de vida e defesa da prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania; concentração das ações na coletividade, sem deixar de lado o indivíduo, centrando-se na atenção integral à saúde por meio de ações de promoção, proteção, cura e recuperação.

Ressalta a ESF que consiste na hierarquização da rede de atendimento em níveis de atenção primária, secundária e terciária, articulados entre si e coordenados pela atenção básica; distribuição dos serviços de saúde no território dos municípios, admitindo o acesso da população às ações de saúde; ascendência da intervenção por equipe multidisciplinar, e com planejamento e programação pautados em dados epidemiológicos e priorizados por famílias ou grupos com maior risco de adoecer e de morrer; estímulo à participação comunitária; e funcionamento baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrito (Andrade, Barreto e Fonseca, 2004).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do "ambiente", da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Ela representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Portanto a execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos

municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

No caso da ESF, percebe-se a preocupação de operacionalizar o conceito de território sem que se discutam, no entanto, os seus múltiplos sentidos. Quando se considera um local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que possui determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, o qual, por sua vez, influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A ampliação do olhar dos profissionais da Atenção Básica a Saúde sobre o território é estratégica para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional, a (re)construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar, a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio histórico específico; e a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação. Não é uma panaceia, mas é um início estimulante.

No tocante a composição das Equipes da ESF, conforme Portaria nº 1886/GM, as Equipes de Saúde da Família seriam compostas cada uma por 01 (um) Médico, 01 (um) Enfermeiro, 02 (dois) Auxiliares de Enfermagem e 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde - ACS (BRASIL, 1997). O Ministério da Saúde - MS, em 2002, incentivou a condição de gestão plena dos municípios ampliando o piso da Atenção básica e suas competências através da NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002). O município de Natal assumiu, então, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e passou a considerar a ESF o modelo de reorganização da Atenção Básica.

3.1. ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da junção de experiências históricas ao desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), movimentos sociais, necessidade dos usuários, trabalhadores e

gestores das três esferas de governo. A Atenção Básica (AB) envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população da área onde está situada agindo como contato preferencial dos usuários sendo, desta forma, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Seguindo essa base, é fundamental que esta Política se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem buscam garantir à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade direcionada ao bem estar e ao comprometimento com a população, o que se torna a cada dia um desafio maior visto que no Brasil mais de 100 milhões de habitantes utilizam o sistema de saúde pública segundo estimativas do site Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria GM/MS nº. 648 de 28 de março 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se como,

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006a).

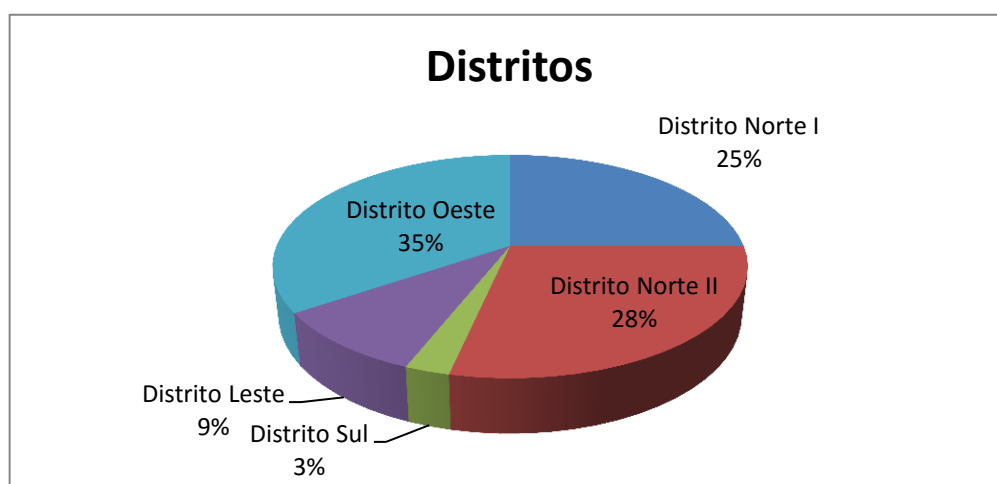
A política da Atenção Básica com iniciativas do Sistema Único de Saúde, como a ampliação das ações intersetoriais, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário.

3.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família é a estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para proporcionar a população brasileira a Política Nacional de Atenção Básica. Este programa é operacionalizado mediante equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS). Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 1000 famílias num território definido dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) a que pertence em que cada UBS pode conter até oito Equipes de Saúde da Família.

Em Julho de 2010, de acordo com dados divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde, em Natal havia 116 equipes do Programa Saúde da Família que deveriam atender 45,5% da população, mas por dificuldades em compor o quadro estrutural de atendimento conseguiram cobrir apenas 33%.

Gráfico 01 – Divisão por porcentagem da atuação do PSF por distritos em Natal.
Fonte: Tribuna do Norte, 12 de Julho de 2010.



A tabela adiante demonstra a quantidade de equipes em números reais das equipes divididas pelos distritos de Natal.

Quadro 01 – Distribuição das Equipes do PSF nos distritos de Natal.
Fonte: Tribuna do Norte, 12 de Julho de 2010.

Distrito Norte I	29 Equipes
Distrito Norte II	33 Equipes
Distrito Sul	03 Equipes
Distrito Leste	11 Equipes
Distrito Oeste	40 Equipes

Cada equipe atendia uma média de 3.450 pessoas, divididas em 37 unidades do programa distribuídas nas zonas administrativas da cidade. O programa buscava tratar o paciente dentro de casa, através do trabalho de uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, agentes comunitários e dentistas.

Contudo, devido à descontinuidade de ações e a falta de comprometimento no Município de Natal, conforme apontado por Rocha (2000), tendo como fatores de limitações as sucessivas mudanças de Secretários Municipais de Saúde dificultou a implantação do Programa.

3.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Atualmente, o Programa Saúde da Família (PSF) é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A Portaria 648/GM, de março de 2006 (BRASIL, 2006) apresenta cinco princípios gerais da ESF:

- Caráter substitutivo;
- Territorilização;
- Planejamento e Programação;
- Intersetorialidade e,
- Espaço de construção da Cidadania.

Caráter substitutivo: É importante entender que a ESF tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica Tradicional a Saúde da Família deve se organizar

de forma diferenciada à dos ambulatorios focados nas especialidades médicas básicas. Este caráter substitutivo deverá promover mudanças na forma de fazer a atenção básica em saúde, portanto, não apenas da ESF, mas também dos gestores e usuários do SUS (CORREIA et al., 2010).

Territorialização: A ideia de território não deve apenas se entender como uma socialização do espaço geográfico. A territorialização que emana dos documentos do SUS está baseada também em aspectos gerenciais e técnicos. Territorialização teria a função de “identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde (...) de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2004). Desta forma, cada equipe atende a uma população definida, estabelecendo vinculo de compromisso entre a equipe e o usuário (CORREIA, et al., 2010).

A divisão desta territorialização em micro áreas facilita o trabalho da ESF, não apenas pelo fato de mapear as residências por domicílio e de conhecer, de forma mais aproximada a sua clientela, mas, principalmente por poder organizar seus esforços, como monitorar e avaliar suas ações e seus resultados (LEITE, 2001).

Planejamento e programação: Baseiam-se no diagnóstico situacional, no qual o foco são as famílias e a comunidade e são organizados através dos resultados obtidos principalmente da atuação no território.

Intersetorialidade: Também pode ser referido como a busca e integração com instituições e organizações sociais, podendo esta integração ser dentro ou fora da sua área de abrangência com o intuito de desenvolver parcerias que possam contribuir para a produção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população (ALMEIDA FILHO, 2000).

Espaço de construção de cidadania: Para melhor entendimento deste quinto e último princípio, é necessário conhecer o conceito de cidadão. Ferreira (2001) refere que ser cidadão é gozar dos direitos políticos e civis de um Estado. E, Correia (2010) conclui que cidadania é a condição de cidadão.

3.3.1 FUNÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A consulta de enfermagem tem como objetivo prestar assistência sistemática, de forma global identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidado que contribuem para a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde. Este atendimento é realizado através de uma sequencia sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnostico de enfermagem e exame físico, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta. Esta pratica assistencial foi legalizada pela Lei nº7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro, após esta regulamentação surgem diversas portarias e resoluções visando a obrigatoriedade da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde publica e privada.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) houve a necessidade e o avanço da consulta de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde constituindo uma forma eficaz da estratégia de atendimento de caráter generalista no ciclo vital do programa e na assistência a família, foco principal da estratégia.

Cada membro da equipe do ESF tem atribuições específicas. A seguir listarei algumas atribuições específicas do enfermeiro de acordo com o Guia Pratico de Saúde da Família (Brasil, 2001):

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;

- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

O enfermeiro atua principalmente na realidade da comunidade desenvolvendo ações educativas para enfrentar os problemas de saúde identificados, para isso este profissional tem que desenvolver além das funções citadas acima uma relação de familiaridade e compreensão com a família assistida, buscando integrar valores culturais e dificuldades financeiras a um estado ideal de saúde física, social e mental.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo Descritivo, do tipo Relato de Experiência, abordando a participação da discente no Projeto “Saúde na Praia”, como “Participante Observador”, tendo utilizado Diário de Campo para embasar o relato.

No papel de participante como observador, ao contrário do participante completo, o pesquisador teve o prévio consentimento por parte da comunidade a ser observada. Os sujeitos, neste caso, sabem do caráter científico do estudo, podendo haver acordos, algumas obrigações e promessas, discutidas antes do início da pesquisa (Moreira, 2002, p. 53).

O cenário escolhido para a implantação do Projeto Saúde na Praia dar-se-á numa das mais belas e frequentadas praia da cidade de Natal, Ponta Negra, onde se encontra o Morro do Careca, conhecido em todos os recantos e cartões postais do Mundo. Com uma equipe composta por: enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentista, médico e voluntários.

O público alvo do Projeto são os moradores da Vila de Ponta Negra, na sua maioria do sexo masculino que saem das suas casas para trabalhar nas mais diversas profissões: pescadores, quiosqueiros, vendedores ambulantes, garçons; e a demais população frequentadora do local.

Para a busca das informações necessárias, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta: Técnica participante observadora, Diário de campo, Livro de registro das equipes, como também dados da imprensa local televisiva e escrita. Através de observações durante o projeto, anotações em livros; dados coletados entre Novembro de 2014 à Outubro de 2015, na Unidade de Saúde de Ponta Negra.

5. RESULTADOS

Este trabalho tem como foco principal relatar a experiência acadêmica de enfermagem no projeto “Saúde na Praia”, onde foram articuladas práticas de promoção e prevenção em saúde aos moradores e frequentadores na Praia de Ponta Negra, em Natal-RN. O projeto idealizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família de Ponta Negra ao territorializar a área de cobertura das equipes e cadastrar as famílias no Distrito Sul percebeu que grande número de pessoas que habitam a Vila de Ponta Negra se encontrava ausente porque estavam trabalhando na orla marítima. Para que estes cidadãos pudessem usufruir a cobertura das Estratégias Saúde da Família idealizou-se o projeto “Saúde na Praia”, baseado no princípio estabelecido como uma das diretrizes principais da Estratégia, o da desospitalização, aproximando a Atenção Básica da população da área mesmo em horários de intervalos do trabalho.

Após a idealização do encontro do Sistema Único de Saúde com o mar, colocou-se em prática o Projeto “Saúde na Praia”. Essa ação consiste em uma equipe do ESF da Unidade da Vila de Ponta Negra desloca-se em datas específicas à Orla da Praia de Ponta Negra, após prévia divulgação a população local, para práticas da Atenção Básica tais como: imunização, aferição de Pressão Arterial (PA) e Teste glicêmico, prevenção do câncer de boca, panfletos educativos com ênfase nas DST-AIDS, distribuição de camisinhas femininas e masculinas, solicitação de exames de PSA e um rastreamento populacional da *Diabetes Mellitus*.

A partir de sua idealização, o “Saúde na Praia” teve, até a data atual, cerca de cinco ações, sendo a primeira delas o Novembro Azul em 2014 voltado para a saúde do homem e a conscientização da prevenção do câncer de próstata. A primeira edição do Projeto em 2015 antecedeu o Carnaval, desta vez, a ação enfatizava a educação sexual. O mês das mães, maio do mesmo ano, marcou uma nova ação englobando todas as ações devidas do Projeto. Posteriormente desenvolveu-se a Campanha de Imunização contra a Influenza.

Como membro da equipe de ESF, pude colaborar como estagiária voluntária presenciando desta forma todos os pontos do Projeto desenvolvido. Encontramos dificuldades de logística ao sairmos da USF para a orla marítima no que se refere aos insumos (tendas, cadeiras, mesas, transporte). Deparamos na gestão local a

não valorização ou empenho para que essas ações venham a acontecer como também ainda muito incipiente o apoio por parte dos dirigentes pela predominância do modelo assistencial vigente. Durante o desenvolvimento, não recebemos o apoio necessário para que o Projeto fosse desenvolvido de forma tão satisfatória quanto idealizada.

Dentre as ações de enfermagens realizadas, foi desde planejamento do projeto, quanto à realização, na parte da organização, de escalas para cada funcionário atribuindo sua função, na parte prática, na escuta de cada pessoa sobre suas queixas. Portanto como tivemos limitações, quanto a oferecer mais prestação de serviço devido à falta de estrutura e espaço necessário, como por exemplo: os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite. Podendo observar o quão a enfermagem é importante em ações como essa.

Com relação à participação da população, por questões histórico-culturais os homens têm certa resistência quando o assunto é cuidar da saúde e frequentar um médico regularmente para fazer exames de prevenção. A grande parte dos homens que procuram uma unidade de saúde apresenta algum tipo de patologia e não têm conhecimento da doença. A constatação é resultado da demora em procurar o especialista, atrasando o diagnóstico e fazendo com que uma simples complicação passe a ser um quadro grave, no qual muitas vezes a única solução é a intervenção cirúrgica. Este fator aliado à baixa escolaridade da população da área da Vila de Ponta Negra de certo modo, dificultou a integração masculina ao desenvolvimento do Projeto “Saúde na Praia”.

5.1. UNIDADE DE SAÚDE VILA DE PONTA NEGRA (MÉTODO LOCAL)

Situada à Rua José Medeiros, S/N, na Vila de Ponta Negra em Natal encontra-se a USF a que se reporta este estudo em que foi implantado a Estratégia de Saúde da Família em um dos mais belos cenários turísticos do país principalmente quando se vê ao longe o Morro do Careca, um dos principais pontos turísticos da cidade. O bairro de Ponta Negra possui aspectos contrastantes, habitam no mesmo território desempregados, trabalhadores de diversas áreas, empresários de grande e pequeno porte, estrangeiros e profissionais liberais, onde

cada um possui objetivo próprio, sendo eles os mais diversos, para continuar no local.

Devido ao contraste de diferentes classes sociais habitando o mesmo espaço, dar-se inúmeros problemas sociais como o aumento da criminalidade, uso de drogas por uma parte da população, ineficiência das entidades de educação situadas no local e por fim a falta de conscientização para com a saúde, presente não só neste bairro mas em toda capital do Estado. Este último aspecto citado pode comprovar no período que desenvolvi trabalho voluntário no Programa “Saúde na Praia”, o qual encontramos resistência da população masculina em participar das ações promovidas.

O trabalho que vem sendo desenvolvido nesta Unidade reflete a partir do ano de 2014, os resultados esperados de aproximação e acompanhamento dos profissionais da saúde e a comunidade da Vila de Ponta Negra.

5.1.1. PROJETO SAÚDE NA PRAIA: ENCONTRO DO SUS COM O MAR

Starfield (2002) ressalta quatro atributos importantes da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, sendo um conjunto de serviços do sistema de saúde que proporciona acesso de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção à pessoa no seu autocuidado, num determinado espaço de tempo, com a finalidade de promover saúde.

As práticas de promoção da saúde fazem parte do cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família. São experiências cujas ações se desenvolvem na produção do cuidado, tanto no campo individual quanto no coletivo, buscando novas formas de mudança adicionando uma compreensão mais ampla do processo saúde e doença e do cuidado, efetivando ações de promoção da saúde e de ações intersetoriais (VILAR, 2014).

Com essa compreensão, e em consonância com os preceitos da APS/ESF, após o cadastramento, a equipe desenvolveu diversas ações: Outubro Rosa, Café com SUS, Novembro Azul e Saúde na Praia. Destacamos esta por ser esse o objeto de estudo. Uma experiência que saiu dos muros da Unidade, descendo a ladeira e indo até a praia.

Para contextualizar a experiência, descreveremos as ações desenvolvidas na orla marítima de acordo com o tema proposto em cinco momentos, que denominaremos de ondas.

5.1.1.1. PRIMEIRA ONDA – TUDO AZUL NA PRAIA: CUIDANDO DA SAÚDE DO HOMEM

O homem, historicamente, tem ficado à margem dos serviços de saúde. Pode-se inferir que grande parte da não adesão do homem às medidas de atenção integral decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (BRASIL, 2009).

Outra justificativa possível seria o fato de que a organização dos serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho.

No sentido de mudar a realidade citada anteriormente, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção, com ênfase na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos do homem correspondendo à suas peculiaridades socioculturais (BRASIL, 2009).

Corroborando a PNAISH, e em virtude do mês de novembro ser direcionado às ações de promoção e prevenção da saúde do homem, com ênfase na prevenção do câncer de próstata, as duas equipes de saúde da família de Ponta Negra elaboraram a proposta de intervenção “Saúde na Praia” tendo como objetivo principal ampliar o acesso dos trabalhadores e moradores da Vila de Ponta Negra ao SUS.

Além disso, verificou-se, através do cadastramento da ESF realizada entre os meses de julho a outubro do ano de 2014, que muitos moradores da Vila de Ponta de Ponta Negra estariam trabalhando na orla marítima nas mais variadas

profissões e empregos, haja vista que é uma praia frequentada por pessoas oriundas de todas as partes do Brasil e de outros países.

Destarte, a equipe, consciente do seu papel e buscando potencializar os princípios da universalização e equidade, levou diversos serviços ao calçadão da praia de Ponta Negra, entre os quais, a aferição de Pressão Arterial (PA); a realização do Teste Glicêmico (HGT); a administração das vacinas dupla (dt) e Hepatite B; exames intra e extraoral para a prevenção do câncer de boca; e distribuição de panfletos educativos sobre a prevenção de câncer de pele, de hepatites virais; preservativos masculinos e femininos para a prevenção das DSTs/Aids. Além disso, foram solicitados exames de PSA para todos os homens com idade acima de 45 anos como forma de prevenção do câncer de próstata, e aqueles que apresentaram pico hipertensivo ou hiperglicemia foram encaminhados para consulta com os médicos que permaneceram na Unidade.

A ação prosseguiu durante dois dias no horário das 8h às 13h, atendendo um total de 139 (cento e trinta e nove pessoas), sendo destas 111 (cento e onze) do sexo masculino e 28 (vinte e oito) do sexo feminino. Foram realizados 43 (quarenta e três) exames de prevenção à saúde bucal, dos quais dois foram encaminhados para o consultório odontológico para uma maior avaliação.

Foram realizadas 100 (cem) aferições de PA e 93 (noventa e três) testes de glicemia, verificando que 24% da população masculina apresentou níveis alterados de PA (maior ou igual a 140 x 90mmHg), enquanto que a feminina 17%. Quanto às elevações de Taxa Glicêmica pós-prandial, considerada nesse estudo igual ou acima de 140mg/dl, as mulheres apresentaram 18% enquanto os homens 14%.

Observou-se ainda que 47% das pessoas que estavam na orla marítima advinham da Vila de Ponta Negra indo de acordo com a realidade encontrada no cadastramento da ESF. Porém, também observamos um percentual de 22% oriundos de outros bairros de Natal e 15% de outros Estados do Brasil fomentando a ideia de que a praia é frequentada e conhecida por seus belos atrativos, em especial o Morro do Careca.

Nesse primeiro momento averiguamos as profissões daqueles que estavam na praia sendo acolhidos pela Equipe e constatados mais de 45 (quarenta e cinco) profissões se sobressaindo: ambulante; comerciante; garçom; vendedor; professor e estudante.

A faixa etária mais presente foi de adultos na idade produtiva, revelando a população masculina fazendo parte da classe trabalhadora da praia. Esses dados foram retirados de um livro ata de registro que levamos sempre que fomos realizar as ações na praia.

5.1.1.2. SEGUNDA ONDA – “SAUDE NA PRAIA”: VERSÃO CARNAVALESCA

Em virtude da boa receptividade da ação, a equipe retornou à praia nos dois dias que antecede o Carnaval. Dessa vez com a contribuição de estudantes de enfermagem voluntários e uma enfermeira de outra Unidade de Saúde. Ofertamos as mesmas ações: vacinas, aferição de PA e Taxa Glicêmica, prevenção de câncer bucal e câncer de pele, através do exame realizado pela dentista, no total de 51 (cinquenta e um), além de distribuição de folhetos educativos e preservativos femininos e masculinos, com ênfase na prevenção das DSTs/Aids.

Ademais, realizamos um Rastreamento Populacional do Diabettes Mellitus (DM) tipo 2, que tem como principal objetivo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e rastrear quem tem diabetes mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce (BRASIL, 2013).

O referido Rastreamento foi realizado através de uma Ficha de Investigação (SESAB, 2010), que ia sendo aplicada às pessoas não portadoras de DM, que aceitavam a pesquisa. Os dados foram compilados em planilha do Excel e produzidos os relatórios descritivos. Foram investigadas 115 pessoas. Destas, verificamos que as mulheres apresentaram risco maior de vir a ser portadora de DM, com 78% de chances, e os homens apresentaram 63%.

Durante a ação acolhemos 208 (duzentos e oito) pessoas, destas, 151 (cento e cinquenta e um) do sexo masculino e 57 (cinquenta e sete) do sexo feminino, constatando mais uma vez que os homens encontravam-se na praia, na maioria trabalhando nas inúmeras possibilidades ofertadas pela proximidade do mar, desde pescadores, quiosqueiros, ambulantes, comerciantes e demais profissões.

Esse tipo de ação é justificada em virtude de uma das dificuldades apontadas pelos homens ao se dirigir ao serviço de saúde: muitas vezes, por enfrentarem filas,

perdem um dia de trabalho e ainda não resolvem todas as suas demandas. Outro fator é que na nossa sociedade o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por esse papel (BRASIL, 2009).

Mais uma vez constatamos a presença marcante de pessoas oriundas de variados lugares, sendo 59 (cinquenta e nove) moradores da Vila de Ponta Negra, 96 (noventa e seis) vindos de outros bairros de Natal, 35 (trinta e cinco) de outros Estados do Brasil, 7 (sete) oriundas do interior do Estado do RN e 2 (dois) de outros países.

Observa-se que houve uma maior procura pela população de outros bairros de Natal (41%), em detrimento da população nativa da Vila de Ponta Negra (20%), possivelmente por se tratar do período de férias estudantis, período em que grande parte das pessoas aproveita para gozar férias junto aos familiares. Além disso, era véspera de uma festa tradicional em todo o país. Observa-se que mais uma vez a faixa etária predominante (48%) encontra-se entre 31 e 50 anos.

Verificaram-se pressões elevadas tanto em homens quanto em mulheres, respectivamente de 15% e 5%. No que concerne o DM, o estudo aponta que 12% da população masculina apresentaram taxas glicêmicas elevadas enquanto que as mulheres apresentaram 10%. A informação de que o DM pode permanecer assintomático por longo tempo e que sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco, impõe às equipes de Atenção Básica a responsabilidade de estarem atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, como também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade) (BRASIL, 2013).

5.1.1.3. TERCEIRA ONDA – “SAÚDE NA PRAIA”: MÊS DAS MÃES

Após dois meses do evento anterior retornamos à orla marítima com mais uma versão do “Saúde na Praia”, dessa vez como forma de homenagear as Mães trabalhadoras na praia.

Nessa ação foram vistas pela equipe 241 (duzentos e quarenta e uma) pessoas, distribuídas entre 168 (cento e sessenta e oito) do sexo masculino e 73 (setenta e três) do sexo feminino.

Aproveitando o momento nacional da prevenção da gripe, acrescentamos a vacina Influenza e, em virtude da epidemia da dengue na cidade e em todo o Estado do RN, contamos com a participação do Grupo de Teatro dos Agentes comunitários das endemias que fizeram uma apresentação sobre o tema. Além disso, foi realizada panfletagem sobre a prevenção da dengue e distribuídas sementes de crotalália, cujas flores amarelas atraem a libélula, que por sua vez se alimenta do mosquito da dengue, na forma de larva ou adulto.

Foram aferidas 226 (duzentos e vinte e seis) PAs e realizadas 169 (cento e sessenta e nove) testes de glicemia pós-prandial. Quanto à elevação da PA, os homens apresentavam 11% e as mulheres 4% do total das aferições realizadas, porém, em relação às alterações da glicemia, obteve-se 16% nas mulheres e nos homens 13%. Segundo alguns estudos, o DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013).

5.1.1.4. QUARTA ONDA – “SAÚDE NA PRAIA”: VILA EM MOVIMENTO

O “Saúde na Praia”, tendo como objetivo principal facilitar o acesso das pessoas da área de abrangência da Unidade aos serviços de saúde por ela ofertados despertou na equipe o desejo de levá-lo para as microáreas existentes na Vila.

A ação foi proposta pela equipe numa reunião do fórum “Vila em Movimento”, que é constituído por organizações sociais governamentais e não governamentais atuantes na Vila de Ponta Negra, no momento da discussão da problemática do lixo, presente em vários recantos e ruas da Vila.

Além das ações ofertadas pela equipe de saúde, durante todo o dia houve oficinas de enfrentamento à violência contra mulher; oficina sobre as políticas públicas da prevenção das drogas; rodas de conversa sobre dengue, zika e

chikungunya; a participação do Centro de Referência dos Direitos Humanos (CRDH) com um manifesto sobre a Maioridade Penal, como, também, a Feirinha de Artesanato “Feito na Vila”.

Em virtude de no mês de junho haver uma tradição de festas juninas na Região Nordeste, os profissionais foram caracterizados e no encerramento da ação contamos com a participação da quadrilha de crianças da Vila de Ponta Negra.

Foram acolhidas 210 (duzentos e dez) pessoas. Destas, 125 (cento e vinte e cinco) do sexo feminino e 85 (oitenta e cinco) do sexo masculino. Ocorrendo pela primeira vez a predominância no número de mulheres atendidas, diferentemente das outras versões realizadas na praia, versões nas quais a presença do homem foi uma constante. Constata-se, portanto, mais uma vez, que os homens se fazem presentes na orla marítima, principalmente os moradores da Vila que lá se estabelecem em algum tipo de trabalho.

As ações de saúde bucal foram prioritárias para crianças e adolescentes, ofertando aplicação de flúor, escovação supervisionada e entrega de kits de prevenção, totalizando 89 (oitenta e nove) pessoas entre crianças e adolescentes.

Constata-se nesse quadro que 80% das pessoas atendidas na ação são moradoras da própria Vila de Ponta Negra e que apenas 1% advém de outros Estados do Brasil, o que sinaliza o sucesso da ação quanto ao seu principal propósito: o de facilitar o acesso dos moradores da Vila.

Houve, também, uma predominância de adultos na faixa etária a partir dos 41 anos, assim como a presença de 2% de pessoas idosas acima dos 81 anos.

5.1.1.5. QUINTA ONDA – “SAÚDE NA PRAIA”: SAÚDE A PRIMAVERA

E assim chega a Primavera, com o sol, com o mar, com flores mesmo que sejam artificiais, como diz o poeta flores de plásticos não morrem jamais. Chega também o cuidar do outro, o outro daqui, de lá, de qualquer lugar. Chega com verde, verde de esperança, de uma nova vida, de um novo tempo.

Após dois meses do evento anterior retornamos à rola marítima com mais uma versão do “Saúde na Praia”, dessa vez com o tema de homenagear chegada

da primavera e aproveitando o momento nacional da campanha Setembro Verde, para incentivar a doação de órgãos.

Dessa vez toda a equipe da Unidade de Saúde foi para orla marítima para ajudar na ação e fazer a divulgação da campanha. Ofertamos ações como: vacinas, aferição de PA e Taxa de Glicemia, nutricionista para orientação quanto alimentação saudável, educadora física que promoveu alongamentos e exercícios físicos, distribuição de folhetos educativos, sobre doação de órgãos também e preservativos femininos e masculinos na prevenção das DSTs/AIDS.

Foram vistas pela equipe 230 (duzentos e trinta) pessoas, sendo do sexo masculino 133 (cento e trinta e três) e 97 (noventa e sete) feminino. Foram aferidas 221 (duzentos e vinte e um) PAs e realizadas 208 (duzentos e oito) testes de glicemia pós-prandial, verificando que 56 (cinquenta e seis) pessoas apresentou níveis alterados de PA (maior que 140 x 90mmHg) e quanto às elevações de Taxa Glicêmica pós-prandial, considerada igual ou acima de 140mg/dl, 35 (trinta e cinco) pessoas apresentaram glicemia acima de 140mg/dl.

Foram 1048 (mil e quarenta e oito) pessoas acolhidas durante essas cinco ações mostradas neste estudo num curto espaço de tempo, correspondido de novembro de 2014 a setembro de 2015.

Ressalto que a proposta inicial de localizar os trabalhadores do sexo masculino da Vila de Ponta Negra na orla marítima tenha sido alcançada, pois nos três primeiros momentos identificamos em sua maioria homens nas mais variadas profissões, e na faixa etária de uma idade produtiva. Assim, estamos contribuindo para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na medida em que levamos até eles, com grande aceitabilidade, ações básicas de saúde.

A equipe teve também a preocupação de ao detectar pessoas com diversas alterações nas taxas glicêmicas; na PA; no exame bucal, encaminhá-las para uma maior avaliação e continuidade no tratamento na Unidade de Saúde.

Como membra da equipe de ESF foi de grande relevância, colaborar como voluntária, presenciando todos os pontos do projeto desenvolvido. Foi de suma importância como acadêmica de enfermagem. Além da vivência de trabalho em uma equipe multiprofissional e com o coletivo, adquirindo experiência. No projeto posto em praticas teorias estudadas durante a formação acadêmica, dentre as ações de

enfermagem realizadas foram: o planejamento do projeto; vacinação; aferição de pressão arterial; teste de glicemia capilar; orientação a saúde do homem e da mulher; em relação a doenças de diabetes, hipertensão, assim trabalhando com a promoção e prevenção a saúde.

6. CONCLUSÃO

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência acadêmica de enfermagem vivida no projeto, além de formação de discussões, trocas de experiências e ampliação sobre o conhecimento em temáticas da saúde. Como processo de vivência prático, que aproxima da realidade de sua área de formação e o auxilia a compreender diferentes teorias que regem o exercício profissional. É, também, um espaço de aproximação real entre universidade e comunidade, que possibilita uma integração à realidade social e participação no processo de desenvolvimento regional.

Foi de grande importância para equipe, pois conseguiu aproximar e ter mais acesso a população próxima a Unidade de Saúde, melhorando o trabalho em equipe com a comunidade.

Espera-se que este relato possibilite reflexões aos profissionais de saúde acerca das possibilidades que há de realizar ações de promoção e prevenção da saúde em qualquer ambiente que seja, possibilitando o incentivo ao autocuidado, uma boa qualidade de vida e a redução de risco a saúde.

O Projeto “Saúde na Praia” trata-se de um trabalho inovador, que vai além das fronteiras do território, alcançando uma população cosmopolita, enfrentando as diversidades apontadas e consolidando os princípios do SUS de universalização, integralidade e acessibilidade. Espera-se que os resultados avançados venham a estimular a realização de projetos semelhantes, capaz de aproximar a população aos serviços oferecidos pelo SUS.

De fato contribuiu para os princípios do SUS, no momento que aumentou o acesso da população ao serviço de saúde, mas ainda nos deparamos com limites para consolidação plena desses princípios, uma vez, para haver garantia da universalidade e equidade, é preciso condições de igualitária para a população. E uma melhor rede intersetorial que tragam diferentes saberes, complementando uma visão biopsicossocial da saúde da população atendida.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Meine S. **As Organizações Comunitárias no Contexto da Estratégia Saúde da Família: Felipe Camarão** – Natal/RN, Natal, 2004. 14 p. Artigo, Centro de Ciências da Saúde-Departamento de Enfermagem-Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Cláudio Duarte da. **A estratégia de saúde da família**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-101.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (CESEBE). **Protocolos clínicos para assistência ao Diabetes na atenção básica de saúde**, 2010. (online). Disponível em: <<http://acispar.com.br>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL, Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). **SCNS: indicadores de saúde a um clique**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. 1997. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização

dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/805-sas-raiz/daet-raiz/saude>>. Acesso em: 27 out. 2015.

_____. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). SCNS: indicadores de saúde a um clique. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CONGRESO IBEROAMERICANO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, 4º, 2015, Montevideo/Uruguay. **A Vida por Trás do Morro: A Implantação da Estratégia de Saúde da Família na Vila**. Natal/RN: Meine Siomara Alcantara, Geruza Dantas Macedo, Francisco Lyra Neto, Vera Santiago, Elizabeth Macedo, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprovam competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**.

MARTNS, PC, COTTA, RMM, BATISTA, RS, MENDES, FF, FRANCESCHINNI,

SCC, PRIORE, SE, DIAS, G. **Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família**. Physis. Rev.Sau. Col.2009; 19 (6): 679-694. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007>|. Acesso em: 26 maio 2015.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NATAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. **Conhecendo Melhor o Seu Bairro, Ponta Negra 2007**, 2008. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/sul_pontanegra.pdf>. Acesso em: 20 maio de 2015.

NATAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2003**, 2003. Disponível em: < <http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-223.html> >. Acesso em: 24 maio 2015.

NATAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Re-desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**, 2007. Disponível em: < <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-297.html>>. Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S.; **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná**. Ver Esc Enferm USP 2007;41(1):65-72. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

OLIVEIRA, Ariane R. S. M; ALCÂNTARA, Meine S; SILVA, Rudnilson C. **Contos, Cantos e Encantos de Felipe Camarão: histórias do PSF**. 3. ed. São Paulo: W.B e Soluções gráficas Ltda, 2010. p. 182.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde: política e reforma sanitária**, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, p. 47-55, jun. 2006.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.617-626,2004.

ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas. **Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?** 2000. 172f. Dissertação (Mestrado) – Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

SEMINARIO NACIONAL GOVERNANÇA URBANA E DESENVOLVIMENTO METROPOLITANO, 2010, Natal/RN. **O Processo de Urbanização Turística em Ponta Negra (NATAL- RN) na Perspectiva do Residente**. Natal/RN: Jussara Danielle Martins Aires, Lore Fortes, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010. 174p.

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Humanização na estratégia saúde da família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

ANEXOS

Figura 1 - Realização do Projeto Saúde na Praia – Tudo Azul na Praia/ Saúde do Homem.



Figura 2 - Realização do Projeto Saúde na Praia – Semana Carnavalesca.



Figura 3 - Realização do Projeto Saúde na Praia – Mês das Mães.



Figura 4 - Realização do Projeto Saúde na Praia – Vila em Movimento.



Figura 4 - Realização do Projeto Saúde na Praia – Vila em Movimento.

