

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JAQUELINE FREIRE SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO FAMILIAR PARA PESSOAS
COM EPILEPSIA NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE II DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA SEDE EM CASCAVEL, CEARÁ**

FORTALEZA

2014

JAQUELINE FREIRE SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO FAMILIAR PARA PESSOAS
COM EPILEPSIA NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE II DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA SEDE EM CASCAVEL, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.

FORTALEZA

2014

Catálogo na Fonte

Soares, Jaqueline Freire

Implantação de plano de cuidado familiar para pessoas com epilepsia no território de atuação da Equipe II da Unidade Básica de Saúde da Sede em Cascavel, Ceará/ Jaqueline Freire Soares, Alberto Novaes Ramos Jr., Fortaleza, 2014

39 páginas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, 2014.

1. Epilepsia. 2. Atenção básica. 3. Atenção familiar. I. Implantação de plano de cuidado familiar para pessoas com epilepsia no território de atuação da Equipe II da Unidade Básica de Saúde da Sede em Cascavel, Ceará

Classificação (CDD).

JAQUELINE FREIRE SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO FAMILIAR PARA PESSOAS
COM EPILEPSIA NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE II DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA SEDE EM CASCAVEL, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 27/01/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.
Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Prof. Dr. Adriana Valéria Assunção Ramos
Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Prof. Josenilda Maria Alves Gomes
Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

RESUMO

Epilepsia é o mais frequente transtorno neurológico crônico, atingindo aproximadamente 50 milhões de pessoas no mundo, 40 milhões delas em países em desenvolvimento. Embora seja um problema predominantemente tratável, nestes países a maioria dos pacientes permanece sem tratamento e sofre estigmatização pelo diagnóstico. A carga de morbimortalidade potencialmente associada amplia sua relevância como problema de saúde pública. Entretanto, seu reconhecimento ainda é negligenciado pela sociedade, por governos e por parte dos profissionais de saúde atuantes nos sistemas nacionais de saúde. Com base no conhecimento do território de atuação da Equipe de Saúde da Família II da Sede, em Cascavel, Ceará, esta intervenção tem como objetivo implantar um plano de cuidado familiar para pessoas com epilepsia no contexto da atenção primária a saúde. Para tanto, propôs-se projeto de intervenção fundamentado no delineamento de um plano de cuidado para as pessoas com epilepsia. Focalizou-se em plano individualizado, centrado na abordagem familiar e que estimule o autocuidado. O presente projeto de intervenção buscou também chamar a atenção para a importância da atenção básica na prevenção de potenciais causas da epilepsia, e a sua responsabilidade quanto a possibilitar um cuidado integral contribuindo assim para a diminuição dos danos, da estigmatização da doença e do sofrimento psicossocial destas pessoas e de suas famílias. Esta experiência reforça que os cuidados com a epilepsia não podem ser relegados apenas a especialistas, tornando necessário que a rede de atenção primária à saúde esteja preparada para o manejo dessa condição crônica, na perspectiva da longitudinalidade e da integralidade. Reforça ainda a necessidade de se estruturar rede de referência e contrarreferência resolutiva no município.

Palavras-chave: Epilepsia, Atenção básica, Atenção familiar.

ABSTRACT

Epilepsy is the most common chronic neurological disorder, affecting approximately 50 million people worldwide, 40 million of them in developing countries. Although a predominantly treatable condition in these countries most patients remain untreated for the diagnosis and suffers stigmatization. The potentially associated morbidity and mortality charge increases its relevance as a public health problem. However, its recognition is still neglected by society, by governments and by health professionals working in national health systems. Based on knowledge of the area of operation of the Family Health Team II Headquarters in Cascavel, Ceará, this intervention aims to implement a family care plan for people with epilepsy in the context of primary health care. Therefore, it was proposed based intervention project in the design of a plan of care for people with epilepsy. Focused on individualized plan, centered on the family approach and encourages self-care. This intervention project also sought to draw attention to the importance of primary care in the prevention of potential causes of epilepsy, and their responsibility as to permit a contributing member care to reduce the damage, the stigmatization of the disease and psychosocial suffering these people and their families. This experience reinforces that the care of epilepsy can not be relegated only to specialists, making it necessary that the network of primary health care is prepared for the management of this chronic condition from the perspective of longitudinality and completeness. Reinforces the need to structure referral network and counter-solving in the city.

Keywords: Epilepsy, Primary care, family care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 PROBLEMA.....	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 OBJETIVOS.....	13
4.1 OBJETIVO GERAL.....	13
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1 Políticas Públicas para a Saúde.....	14
5.1.1 SUS: redes de atenção à saúde.....	14
5.1.2 Política Nacional de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família.....	16
5.1.3 Política Nacional de Atenção as Doenças Neurológicas e a Epilepsia.....	20
6 METODOLOGIA.....	26
6.1 Cenário da intervenção.....	26
6.2 Aspectos Teóricos- Metodológicos.....	27
7 CRONOGRAMA.....	30
RECURSOS NECESSÁRIOS.....	31
RESULTADOS PRELIMINARES.....	32
AGRADECIMENTOS.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

A epilepsia é caracterizada pela ocorrência de duas ou mais crises epiléticas não provocadas por insultos agudos do Sistema Nervoso Central (SNC), febre ou desequilíbrios tóxico-metabólicos (MARCHETTI, 2001). É o transtorno neurológico crônico mais comum, atingindo cerca de 50 milhões de pessoas no mundo, das quais estima-se que 80% vivam em países em desenvolvimento. (SCOTT et al, 2001)

Apesar do bom prognóstico, a maior parte dos portadores de Epilepsia não está recebendo tratamento. As crenças culturais e o estigma que envolvem a doença, o suprimento restrito de drogas antiepiléticas (DAE), a estruturação inadequada da oferta de serviços básicos e especializados, e a não priorização da epilepsia como problema de saúde pública são alguns dos fatores que podem justificar a lacuna de tratamento. (OMS, 2012)

O acesso gratuito e universal a saúde no Brasil só foi possível a partir da promulgação da Constituição em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 1990). Esse modelo está organizado em redes de atenção a saúde (RAS) primária, secundária e terciária. A atenção primária ou básica é considerada a porta de entrada do sistema e o centro de comunicação com toda a RAS. Dentre suas responsabilidades está o cuidado continuado das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. (MS, 2012)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão agrupadas em dois grupos, o primeiro formado pelas patologias que possuem fatores de risco em comum e, portanto, podem ter uma mesma abordagem preventiva, e o segundo composto por doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todas essas doenças requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas. (OMS, 2007)

Apesar das síndromes epiléticas comporem o segundo grupo de DCNT, não há, até o momento, uma política nacional para o cuidado da Epilepsia no Brasil, embora

nos últimos anos se verifique alguns avanços nesse sentido (OMS, 2005). Em 2005 a Portaria nº 1.161/GM, do MS, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (MS, 2005). Cinco anos após, o Ministério da Saúde (MS) emite a portaria de nº 492 que orienta a formulação de parâmetros sobre a epilepsia no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença (MS, 2010). E em 2013, o Brasil aderiu a Estratégia e ao Plano de Ação para Epilepsia das Américas que visa à implantação de uma série de medidas no combate a Epilepsia no país. (OMS, 2011)

A OMS e seus parceiros reconhecem a Epilepsia como um problema de saúde pública com impactos econômicos e sociais relevantes. Cabe salientar aqui que em países como a Índia o custo estimado de cinco milhões de casos de Epilepsia pode chegar a 0,5 % do produto interno bruto e, nos Estados Unidos, até os anos setenta pessoas com Epilepsia tinham o acesso a centros de recreação e outros edifícios públicos negado (OMS, 2012). O impacto psicossocial e econômico, associado à elevada carga de morbimortalidade amplia sua relevância como problema de saúde pública.

O projeto de intervenção de que trata esse trabalho consiste na implantação de um plano de cuidado familiar para a pessoa com Epilepsia no contexto da atenção primária no território de atuação da ESF II, da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Sede, no município de Cascavel, localizado no estado do Ceará. O plano deverá ser formulado focalizando – se a abordagem individual e familiar através do método clínico centrado na pessoa (MCCP), discussão e reflexão entre os membros da ESF sobre o problema-alvo e levantamento bibliográfico acerca da temática. O projeto a ser executado está centrado no ambiente familiar e social em que vive a pessoa com Epilepsia e deve ser pautado numa abordagem multiprofissional.

De acordo com o MS (1997), a família é o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. É nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Dessa forma, levando-se em considerando os fatores socioeconômicos e culturais como também a alta prevalência dos transtornos epiléticos, a implantação de um plano de cuidado familiar para as pessoas com Epilepsia (PCE), visa contribuir para a melhoria da qualidade de assistência primária a esses usuários e sua família. Para isso,

faz-se necessário que toda a rede de atenção primária esteja estruturada no cuidado deste transtorno. (MS, 2012)

A implementação das políticas de saúde possui um forte papel indutor financeiro do governo federal. Contudo, deve-se considerar que o processo de reorganização da atenção básica é indissociável das inovações e mudanças no desempenho da gestão local. A implantação de um projeto de intervenção em saúde pública, ainda não contemplado por uma política nacional de saúde, como no presente caso, tem o interesse de mobilizar a gestão de saúde municipal quanto à importância da sua autonomia e do planejamento de gestão para a melhoria da qualidade de serviços de saúde locais. (BODSTEIN, 2002)

2. PROBLEMA

Tendo em vista a relevância da epilepsia como problema de saúde pública, justifica-se este tema no contexto da atenção básica como um problema a ser superado. A expansão da assistência primária no Brasil, como proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, enfrenta inúmeros obstáculos. O MS tem trabalhado no sentido de solucionar essas questões com a criação, implementação e aperfeiçoamento de políticas públicas. (MS, 1997)

O problema, alvo da intervenção proposta neste trabalho, consiste na inadequada assistência prestada pela ESF II da sede às pessoas com Epilepsia residentes no território. O impacto socioeconômico e psicológico, individual e coletivo, associado à elevada carga de morbimortalidade amplia sua relevância como problema de saúde pública. A exemplo de outras ações de políticas públicas, a intervenção proposta por este projeto visa, no âmbito local, atender as demandas dos usuários adscritos no território.

3. JUSTIFICATIVA

Epilepsia é o mais frequente transtorno neurológico crônico do mundo, atingindo principalmente países em desenvolvimento. O impacto socioeconômico e psicológico, individual e coletivo, associado à elevada carga de morbimortalidade amplia sua relevância como problema de saúde pública.

Para se ter uma noção do impacto socioeconômico da Epilepsia, pessoas com esse agravo apresentam até duas vezes mais probabilidade de desemprego ou de se submeterem a subemprego quando comparadas com pessoas sem epilepsia. (MIZIARA et al., 2011). Epilepsia é uma condição associada com significativas conseqüências psicossociais e o fator central é sua natureza estigmatizante. É considerada por Ablon 2002 uma das doenças crônicas com maior nível de estigma, sendo que os pacientes relatam o estigma como uma das grandes dificuldades que vivenciam com a epilepsia.

Estima-se que no Brasil 50-70% das pessoas com Epilepsia não estão recebendo tratamento e/ou o tratamento é inadequado. A magnitude e transcendência associadas reforçam a atuação integrada do neurologista com profissionais da atenção básica. Como espaço regulador do SUS, torna-se necessário que haja a mobilização e suporte de toda a rede de atenção primária para diminuir eventuais lacunas de atenção e cuidado. (MS,2012)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implantar plano de cuidado familiar para pessoas com epilepsia no contexto da atenção primária a saúde na área de atuação da ESF II da UBS da sede, no município de Cascavel - CE.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver ação de sensibilização, mobilização e educação permanente em epilepsia junto às equipes de atenção básica.
- Identificar os casos residentes na área de atuação da ESF II da sede, no município de Cascavel – CE, de pessoas com Epilepsia e incluí-los no agendamento para cuidado continuado.
- Reavaliar pacientes em uso de drogas antiepiléticas (DAEs) e cujo diagnóstico seja duvidoso, garantindo a indicação do tratamento adequado quando necessário, bem como a suspensão da medicação se necessário – caso seja identificada a não adequabilidade do tratamento em curso.
- Caracterizar o ambiente social e familiar dos casos identificados.
- Desenvolver processo/plano de atenção e cuidado domiciliar/familiar longitudinal e integral às pessoas identificadas por meio de atendimento multiprofissional.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Políticas Públicas para a Saúde

A história das políticas públicas no Brasil acompanha as mudanças políticas e o desenvolvimento econômico do país. No período agro-exportador, do início do século XX, eram priorizados os espaços de circulação de mercadorias, atingindo somente uma pequena parcela da população urbana. O desenvolvimento industrial chamou a atenção para a saúde do trabalhador, o que culminou com as lutas por direitos trabalhistas, e o surgimento da previdência social, que passou a oferecer assistência médica a todos os trabalhadores urbanos, a partir da criação do Instituto Nacional Previdência Social (INPS). (POLIGANO, 2013)

A insuficiência do sistema previdenciário para atender a toda a demanda gerada favoreceu o fortalecimento do setor privado de assistência à saúde e a implantação de um modelo de atenção a saúde similar a assistência americana, definido como hospitalocêntrico, centralizado no atendimento, medicalizante e curativista. Eclode assim, a já esperada, crise da previdência, e diante da insatisfação social gerada e do período de transformação política, surge a Reforma Sanitária. A Reforma propunha um conceito de saúde mais amplo que incorporasse aspectos sociais, econômicos e culturais. (POLIGANO, 2013)

Em resposta a insatisfação social exposta pelas reivindicações da Reforma Sanitária é criado o SUS. Esse novo modelo de atenção à saúde tem como prioridade a atenção primária ou básica contrapondo assim o modelo hospitalocêntrico até então vigente. Trata-se, pois de uma Política de Estado, materializado em uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. (TEIXEIRA, 2011)

5.1.1 SUS: redes de atenção à saúde

O SUS é a principal política pública de saúde brasileira, sua criação baseou-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social. Esta visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar, e assim, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. (POLIGNANO, 2013)

Apesar do SUS ter sido criado em 1988, ele somente foi regulamentado em 1990 através da Lei 8.080. A doutrina que orienta esse sistema esta centrada nos princípios da equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização político-administrativos. (POLIGNANO, 2013). A organização desses serviços esta fundamentada numa rede de assistência integrada, regionalizada e hierarquizada.

Sobre isso, destaca Silva 2005:

“É importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início.”

Os sistemas de saúde estão racionalmente divididos de acordo com sua complexidade. São descritos os três níveis de atenção em saúde da seguinte forma: nível primário ou básico caracteriza-se por não haver distinção de causa de consulta, com objetivo de ação antes que uma determinada doença se instale ou de diagnóstico precoce; nível secundário caracteriza-se por ser ambulatorial ou hospitalar, no qual se distinguem problemas para populações específicas que demandam atenção em nível especializado; nível terciário caracteriza-se por ser eminentemente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas. (RONZANI & STRALEN, 2003)

A RAS no município de Cascavel, estado do Ceará, se organiza da seguinte forma: a atenção primária composta por vinte ESFs distribuídas em quatorze UBSs, uma Equipe Multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD), uma equipe de Núcleo de Apoio a saúde da Família (NASF), e um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS) o qual também é responsável pelas demandas dos municípios de Pindoretama e Pacajus; a atenção secundária é representada por uma policlínica local que disponibiliza os

serviços de nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e especialidades médicas como radiologia, dermatologia, infectologia, ortopedia, e uma policlínica regional, localizada no município de Pacajus, que possui especialidades médicas tais como neurologia e endocrinologia, além dos serviços de especializados distribuídos em ambulatórios, na cidade de Fortaleza; a atenção terciária conta com um Hospital Filantrópico local vinculado ao SUS e Hospitais de referência, no município de Fortaleza. Apesar dos muitos serviços disponíveis, estes ainda se mostram insuficientes para atender a demanda gerada, se fazendo necessário, reavaliação do processo de organização da rede de regulação, para tornar o sistema mais eficiente.

Aspecto importante é a relação entre os níveis de atenção da rede assistencial. A modelagem para articular esses níveis não deve ser na forma piramidal, que habitualmente situa os serviços de APS na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Um princípio importante a ser adotado é o do sistema em redes usuário-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades. (FERNANDES, 2011)

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (FERNANDO, 2011). Além disso, o SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Relevante, ainda, a definição das portas de entrada do sistema. Sendo o SUS um sistema hierarquizado por níveis de complexidade dos serviços de saúde, importante impor ao acesso aos serviços este mesmo sentido de ordem. As portas de entrada do Sistema pelo Decreto 7.508, são: a atenção primária, principal porta e ordenadora aos demais níveis de complexidade; a urgência e emergência; a saúde mental e seus serviços como o CAPS e serviços especiais de acesso aberto, como os centro de referência de aids, a saúde do trabalhador e outros que atendam necessidades específicas do cidadão objeto de serviços próprios. (SANTOS & ANDRADE, 2011)

5.1.2 Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, afirma que:

“a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”

A Portaria 648 traz fundamentalmente a reafirmação da estratégia de saúde da família como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece ainda, em seu escopo, a mudança da expressão antes utilizada de programa de saúde da família para estratégia saúde da família, no entendimento de que todos os programas tornam-se políticas, uma vez que a programação denota um status provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional. (MS, 2006)

Partindo deste propósito o MS passa a conceber a atenção básica como modelo para a reestruturação do sistema de saúde e a desenvolver alguns programas, a partir da década de 1990, nem sempre condizentes com o discurso de defesa dos princípios do SUS, tendo em vista a focalização dos mesmos na sua fase inicial, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994. (SCOREL et al, 2007)

O PACS foi antecessor do PSF, criado no ano de 1991. Este Programa teve como modelo inicial as experiências realizadas nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná e Ceará, que tinham como objetivo principal a diminuição da mortalidade infantil e materna. Tal experiência foi avaliada como satisfatória e implantada principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste (SOUZA, 2001). Este programa já incorporava os princípios de uma maior aproximação com a comunidade e do abandono do enfoque reducionista da prática médica profissional, incentivando a criação do PSF devido aos bons resultados obtidos. (VIANA & DAL POZ, 1998)

No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, apoiando-se em experiências municipais, adotou um desenho para a composição básica dessa Equipe com base na lógica da Saúde da Família: médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos com formação e função de generalistas,

e os agentes comunitários de saúde (ACS), uma nova profissão, em que trabalhadores recrutados na comunidade fazem ligação da equipe com família e com a comunidade (Brasil/MS; 2006). A ESF II da sede, no município de Cascavel, Ceará, trabalha atua com número reduzido de ACS.

Tais equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, junto a uma população adscrita de seiscentas a mil famílias para cada equipe, localizadas em uma área geográfica delimitada. (SOUZA et al, 2011). No território de atuação da ESF II da sede, no município de Cascavel, segundo informações dos ACS, a população esta estimada em 1.190 famílias sem contabilizar uma microárea descoberta, e segundo os agentes de territorialização do estado do Ceará esse número é até três vezes maior. Observa-se que a ESF II da sede, encontra-se, considerando quaisquer dos dados anteriores, com uma demanda acima do preconizado pelo MS.

Para se atingir essa capacidade de resolver problemas de saúde, entendemos que a ABS deverá ordenar-se segundo algumas diretrizes: - Trabalho em Equipe Interdisciplinar: sabe-se que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficientes para cumprir simultaneamente todas as funções. Por outro lado, a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado. (MS, 2006)

O papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde depende de um conjunto de condições entre as quais se destacam: (1) disponibilidade de profissionais de saúde com boa formação para cuidar da saúde da comunidade; (2) ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; (3) gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (4) escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos de família e comunidade nas situações de maior prevalência; (5) integração matricial com os especialistas. (FERNANDES, 2011)

Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO; 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos sejam encaminhados. Mas para que isso se concretize deve-se considerar

um cenário de ABS estruturado de acordo os princípios do SUS. Entende-se dessa forma que o enfrentamento de qualquer agravo a saúde do indivíduo depende em primeiro plano da superação dos obstáculos a implementação do próprio sistema público de saúde.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – instaladas perto de onde as pessoas moram – são o principal símbolo da expansão da ABS no país. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil. (MS, 2006)

Apesar da reconhecida necessidade de investimentos na construção, ampliação e manutenção da rede de atenção básica. O risco continua sendo a inauguração apressada de módulos de saúde, sem nenhuma capacidade efetiva de atendimento. Instalados em virtude de seu forte apelo eleitoral, esses módulos vão, de certa forma, ao encontro das demandas da população. Porém, sem referência a uma proposta mais consistente e um conjunto mais amplo de medidas e mudança na reorganização no modelo assistencial, esse investimento parece infrutífero. (BODSTEIN, 2002)

O MS vem trabalhando no enfrentamento dos obstáculos a implementação do sistema público de saúde, através de planos estratégicos a médio e longo prazo, sendo responsável pela criação e execução no combate direto de agravos a saúde através da criação de programas e políticas específicas. Mas para que a superação destas questões se torne possível é essencial a articulação entre as três esferas de governo.

No que concerne ao combate direto dos agravos de saúde no Brasil, deve-se considerar que as modificações no padrão demográfico caracterizadas por redução significativa de fertilidade, urbanização crescente, aumento de esperança de vida ao nascer e envelhecimento populacional tiveram reflexo no perfil epidemiológico. De maneira que, ocorreram o declínio das doenças infecciosas, aumento das causas externas (violências e acidentes) e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2011)

As doenças crônicas são um dos grandes desafios a serem enfrentados, tanto no âmbito científico, como no das políticas públicas no momento, constituem - se em um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de

mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. (OMS, 2003; MS, 2013)

Nesse sentido existem propostas de atenção dirigidas a grupos específicos que podem ser descritas como políticas voltadas para a atenção por “ciclo de vida” – atenção à saúde do idoso, à criança e o adolescente, atenção a saúde do adulto; atenção relativa ao gênero – saúde da mulher, e do homem; atenção a portadores de doenças específicas – atenção à hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, DST/AIDS, doenças mentais, entre outros. (CARMEM T).

5.1.2 Política Nacional de Atenção a Doenças Neurológicas e Epilepsia

A atenção a saúde das doenças neurológicas é um direito garantido na Constituição brasileira, uma vez que qualquer que seja a natureza da doença é dever do estado fornecer o acesso gratuito e universal à saúde. Com base nesse direito garantido na constituinte de 1988, o Ministro de Estado da Saúde emite a portaria de nº 1.161, de 07 de julho de 2005, a qual institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (MS, 2005)

A formulação dessa portaria considerou, entre outras questões, a importância epidemiológica das doenças neurológicas no Brasil; a magnitude social das doenças neurológicas na população brasileira e suas conseqüências; o quadro de morbidade; a possibilidade de êxito da intervenção precoce na história natural das doenças neurológicas; a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças neurológicas; o fato de a incidência da epilepsia ser maior nos países em desenvolvimento. (MS, 2005)

No que condiz especificadamente a Epilepsia, a portaria de nº 492 de 2010 do MS, é emitida no sentido de orientar os parâmetros sobre a epilepsia no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença. É sabido que a epilepsia é a doença crônica do cérebro mais comum

do mundo, ocorrendo entre 0,5% a 1% da população mundial. Dados brasileiros indicam prevalência de 1,8%, o que significa um total aproximado de 3 milhões de pacientes no País. (MS 2012)

A Epilepsia tem uma distribuição bimodal da incidência, estando mais alta nas duas primeiras décadas e no final da vida. Apesar do tipo mais freqüente de crise epilética (6 de 10 casos) ser de etiologia idiopática, a maior incidência dessa condição em países em desenvolvimento se justifica por etiologias como a desnutrição, a desassistência ao parto, as doenças infecciosas e parasitárias e a dificuldade de acesso à assistência à saúde. (OMS, 2012)

Uma crise epilética é um evento paroxístico causado por descargas anormais, excessivas e hipsincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC), podendo ter várias manifestações, desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos da experiência não facilmente discerníveis por um observador. Epilepsia só pode ser definida na presença de pelo menos dois episódios de crises epiléticas excluindo-se possíveis diagnósticos diferenciais como outros distúrbios paroxísticos da consciência, síncope e crises não epiléticas psicogênicas além de condições agudas. (MS, 2012)

O diagnóstico de uma crise epilética é na maioria das vezes clínico através da obtenção de uma história detalhada e de um exame físico geral, com ênfase nas áreas neurológica e psiquiátrica. Na anamnese o auxílio de uma testemunha ocular é importante para que a crise seja descrita em detalhes, deve-se questionar a idade de início, freqüência de ocorrências das crises, a existência de aura e fatores precipitantes. A história patológica pregressa deve cobrir a existência de eventos pré e perinatais, crises no período neonatal, crises febris, qualquer crise não provocada e história de epilepsia na família, trauma craniano, infecção ou intoxicações prévias. (MS, 2012)

O único exame complementar exigido na condução do paciente com epilepsia é o eletroencefalograma (EEG) em vigília e em sono, ditos obrigatórios para confirmação diagnóstica de epilepsia. Entretanto, resultado normal do exame não exclui o paciente do protocolo. Em geral (90% dos pacientes com epilepsia), a repetição do exame é suficiente para detectar a alteração. A indicação de outros exames, tais como a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do encéfalo e teste psicrométrico, só está indicada em casos de pacientes refratários a tratamentos medicamentosos. (MS, 2012)

A ABS de PCE não tem uniformidade de atendimento, mesmo em sistemas de saúde mais organizados do que o brasileiro, como o britânico. A maioria dos clínicos gerais possui conhecimentos insuficientes relativos à epilepsia e às novas DAEs, de forma que raramente alteram as doses desses fármacos e somente após a orientação do especialista se sentem mais seguros no acompanhamento de PCE. Observações indicam reduzido número de PCE visitando regularmente esses médicos para revisões regulares e organizadas; cerca de 50% os procuram apenas quando precisam, revelando serem os cuidados à epilepsia na APS prestados sem a devida estruturação. (KEDE et al., 2008)

A dificuldade de acesso à terapêutica medicamentosa para o controle das crises epiléticas é uma problemática que necessita ser trabalhada. Isso se deve a inúmeros fatores tais como: suprimento restrito de DAEs, insuficiência de receituários para a prescrição de fármacos, liberação indevida das DAE, dificuldade de acesso a UBS, entre outros. O município de Cascavel, Ceará, sofreu no corrente ano tanto com a insuficiência de medicamentos quanto de receituários.

É importante salientar que o tratamento da Epilepsia já deve ser iniciado mesmo no aguardo de exames complementares (MS, 2012). As DAEs têm efeito exclusivamente sintomático, não interferindo com a evolução natural da doença. Sendo assim, o objetivo geral do tratamento medicamentoso da epilepsia deve ser o controle completo das crises, mantendo os efeitos colaterais em um nível tolerável. De maneira que no contexto da ABS é essencial dar sempre preferência aos medicamentos que estão disponíveis na farmácia da UBS (ver quadro abaixo: Rename ou Remume), para a maior certeza de que o paciente terá acesso ao tratamento. (MS, 2012).

Apresentação	Concentração	Denominação genérica
solução injetável comprimido suspensão oral	50 mg/mL 100 mg 20mg/mL	FENITOÍNA
solução oral	2,5 mg/mL	CLONAZEPAN
comprimido suspensão oral	200 mg - 400 mg 20 mg/mL	CARBAMAZEPINA
cápsula ou comprimido comprimido solução oral xarope	288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL) 57,624 mg/mL (equivalente a	VALPROATO

	50 mg ácido valpróico/mL)	
solução injetável	100 mg/mL	FENOBARBITAL
comprimido	100 mg	
solução oral	40 mg/mL	

Figura 1: DAEs disponíveis na farmácia do SUS

Fonte: RENAME 2013

A capacitação ideal do médico da família ainda está por ser estabelecida, devendo-se oferecer conhecimentos suficientes para conduzir problemas complexos de saúde como a Epilepsia, mantendo as características de integralidade do atendimento. O controle de doenças crônicas gerenciadas pela ABS leva a menor necessidade de consultas especializadas devido à prevenção e detecção de enfermidades nos estágios preliminares, impedindo desdobramentos. Os médicos da ABS são fundamentais no atendimento da PCE, pois até mesmo na nação mais rica do planeta, apenas 17% dos pacientes com epilepsia inicial são examinados por neurologistas, segundo Smith e Buelow (1996).

A influência da enfermagem especializada em epilepsia na ABS é um diferencial importante no cuidado desses pacientes. Pode-se definir dois tipos de atuação da enfermagem na APS de PCE: monitoramento de pacientes e acompanhando da sua aderência ao tratamento e à frequência de consultas; informes sobre a possibilidade de condução de automóveis e, orientações, quando for o caso, quanto à abstenção de bebidas alcoólicas e participação nos grupos de mútua ajuda. Evidências fornecem a hipótese de que quando a enfermagem oferece aconselhamento e atenção, as PCE sentem-se mais satisfeitas, reduzindo medos, ansiedades e depressões. A contribuição da enfermagem para uma comunicação efetiva com PCE e a ESF é fundamental para aumentar adesão e qualidade de vida desses. (KEDE et al., 2008)

Os níveis de execução de um programa de controle da Epilepsia envolve a atuação de todos os componentes da ESF. Os técnicos de enfermagem são importantes pois podem contribuir através de: orientação sobre epilepsia; entrega aos pacientes os folhetos explicativos; encaminha pacientes com história de epilepsia ao médico; fornece medicação anticonvulsivante disponível, de acordo com receita médica. Os ACS ,por sua vez, podem auxiliar nesse processo através da seguintes ações: realizar busca ativa aos pacientes que não estão comparecendo às consultas; orientar o familiar e o paciente da importância do uso adequado da medicação; esclarecimento ao grupo familiar quanto

à doença e precauções a serem tomadas pela segurança do paciente; esclarecimento a família quanto à doença e sua evolução evitando que seja tratada como uma inválida.

Um importante aspecto merece destaque com relação ao estigma na epilepsia. Um estudo realizado em Campinas mostrou que existe uma diferença na percepção do estigma quando utilizamos diferentes tipos de linguagem, no caso “pessoas com epilepsia” e epiléticos”. As respostas mostram que a comunidade possui uma percepção mais positiva com relação à epilepsia quando se fala em pessoas e não em rótulos diretos. (FERNANDES & LIMIN, 2006)

Jacoby 1992 ressaltou que:

“a interferência da epilepsia na qualidade de vida das pessoas, uma vez que a família toda sente o estigma, pois as dificuldades são espalhadas. Além disso, ela salienta a relação entre estigma e qualidade de vida, no sentido de que crenças e desinformação contribuem para a lacuna de tratamento e conseqüentemente, para a diminuição da qualidade de vida e para o aumento do estigma associado.”

Na epilepsia, o estigma afeta as pessoas de diferentes maneiras, podendo influenciar as relações sociais, as oportunidades escolares e de emprego, os aspectos emocionais e dirigir. São problemas que os legitimam socialmente e são essenciais para a vida, por isso, é importante avaliar o impacto da epilepsia na qualidade de vida destes pacientes para que as barreiras do preconceito e do estigma sejam diminuídas. (FERNANDES & LIMIN, 2006)

Tal fato se agrava ainda mais quando à epilepsia se associam os transtornos mentais, que ocorrem com prevalência aumentada. Os pacientes com epilepsia e transtornos mentais sofrem o que chamamos de “duplo estigma”, que frequentemente os deixa sem tratamento (NETO et al, 2005).

Os cuidados inadequados da epilepsia são muito significativos no Brasil, em torno de 50-70% do total de pacientes. A Epilepsia quando não controlada, cursa com altas taxas de mortalidade (mortes por traumatismo, queimaduras, afogamento) e de morbidade (seqüelas de traumatismo e lesões, etc.). Assim faz se necessário que, uma patologia tão prevalente, tenha suporte de toda a rede de atenção primária para diminuir essa lacuna, não podendo ser relegada apenas aos cuidados do especialista. (MS, 2012)

No VII Congresso Latino-americano de Epilepsia, em Quito, Equador, foi assinado convênio inédito entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Liga internacional de Combate contra a Epilepsia (ILAE) e o Bureau Internacional para Epilepsia (IBE). A Estratégia e o Plano de Ação sobre Epilepsia estabelecem metas e objetivos a serem trabalhados no continente americano até 2021. A América é a primeira região do mundo a desenvolver um plano de ação para melhorar as condições de vida dos pacientes com epilepsia. Espera-se que a iniciativa sirva não só de base para outras similares nas demais regiões do globo, mas também como precedente para ações voltadas para outras doenças. (OMS, 2012)

Atendendo às recomendações da OMS (Estratégia Mundial de Combate à Epilepsia), o Ministério da Saúde apoiou programas de capacitação de multiplicadores do programa de prevenção e tratamento da epilepsia na atenção básica, nos estados de São Paulo e Paraíba, como experiências piloto. O projeto vem sendo conduzido pela UNICAMP, estando em curso dois projetos demonstrativos da efetividade da estratégia. A prevalência da epilepsia é muito elevada (cerca de 1,3% da população até 20 anos), e a recomendação da OMS aponta na direção de formar multiplicadores capazes de orientar o acesso ao tratamento e combate ao estigma. (MS, 2006)

6. METODOLOGIA

6.1 Cenário da intervenção

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da UBS da Sede em Cascavel, Ceará, mais especificamente o território adscrito pela ESF II da sede. O município de Cascavel fica localizado no litoral leste na região metropolitana, a aproximadamente 60 Km de Fortaleza (Figura 1). Constituído de seis distritos: Caponga, Guanacés, Cristais, Jacarecoara e Pitombeiras, com uma maior concentração populacional na zona litorânea, e possui área territorial de 837.325 km². (IBGE, 2010)



Figura 2 – Mapa do Estado do Ceará e localização do Município de Cascavel

Fonte: Wikipedia, Google Maps

De acordo com o IBGE (2010), Cascavel possui uma população estimada de 66.142 habitantes. Desse total, 49.156 residem na zona rural, o que representa 42,4% da população. O município de Cascavel está inserido na 22ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRES), sendo ele município sede juntamente com Beberibe e tendo como apoio os municípios de Pacajus e Horizonte.

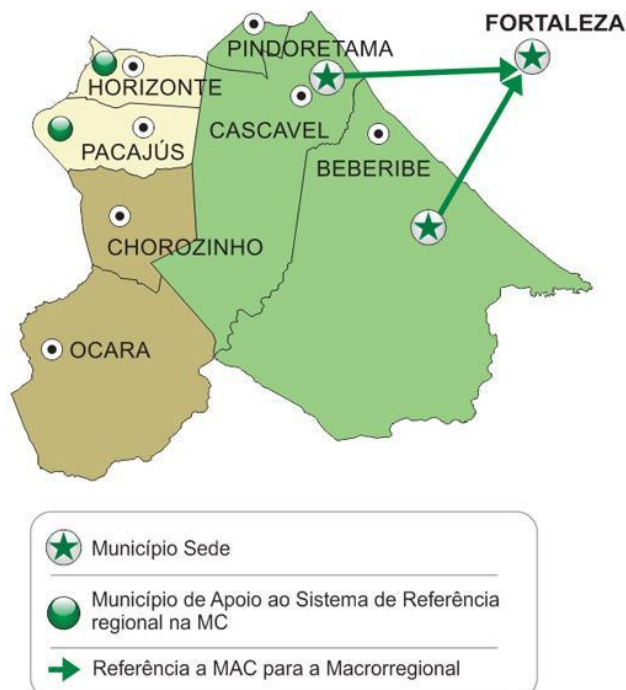


Figura 3: Localização do território da ESF II da sede, Cascavel – CE

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2006

No território adscrito pela ESF II da sede vivem aproximadamente 1.190 famílias segundo as estimativas de contagem dos ACS e 3.000 famílias segundo os agentes de territorialização do estado do Ceará. O território se constitui por dez microáreas a saber: Bica, Loteamento Prata, Coaçu, Planalto das Oliveiras, Boa vista, Riacho Fundo, Coabe, Zumbi I e II, Parque Juarez Queiroz e Sítio Higino, todas localizadas na zona urbana. (IBGE, 2013)

6.2 Aspectos Teóricos-Metodológicos

A metodologia deste trabalho levou em consideração os aspectos teóricos-metodológicos de um projeto de intervenção. Os itens a seguir buscam contextualizar tais aspectos com o estudo a ser realizado, trazendo, em primeiro lugar, o conceito de projeto de intervenção. Posteriormente, é definido qual o tipo de projeto a ser realizado e quais os benefícios que este pode trazer. Por último, são apresentadas as ferramentas utilizadas e como foi realizada a coleta dos dados.

O Projeto-intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2005):

“a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica na qual a ação esta direcionada para a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.”

Quantos aos seus objetivos, o projeto de intervenção é definido como uma pesquisa exploratória. Na qual os benefícios podem ser ditos práticos, relacionados resolução de um problema específico de interesse local, e teóricos permitindo a obtenção de informações que aumentam o conhecimento sobre determinada problemática. (COLLIS & HUSSEY, 2005)

A presente experiência teve como base um estudo transversal, de natureza descritiva, utilizando-se da pesquisa direta junto aos indivíduos. A observação participativa e a entrevista foram as técnicas utilizadas nesse estudo. As ações foram delineadas para a construção/execução desse plano de cuidado para pessoas com Epilepsia, os passos que se seguem são:

1º Passo: realização de reuniões com a gestão municipal e com a ESF.

2º Passo: busca ativa dos ACS, revisão de prontuários e entrevistas foram realizadas para identificação e avaliação dos casos.

3º Passo: plano de cuidado individual (lista de problemas de saúde), familiar (genograma), comunitário (grupos) baseado-se no MCCP e na gestão da clínica.

4º Passo: articulação com apoio matricial e atenção secundária para abordagem multiprofissional.

O levantamento de dados, ocorreu através da documentação indireta. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de consultas a livros, teses, dissertações e artigos sobre os temas: Epilepsia, Atenção primária, Atenção familiar, Políticas Públicas para a Saúde. Quanto a pesquisa a documental foram consultados relatórios, censos, leis, decretos, banco de dados e sites da internet de diversos órgãos governamentais e não governamentais, a exemplo do MS, OMS, IBGE dentre outros.

Sendo certo que “Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (MARTINS,

2008). Considera-se que a investigação em saúde da família além de considerar os princípios éticos gerais que se lhe aplicam, se amplia devido ao fato do seu posicionamento como ciência humana, de modo que os profissionais de saúde têm preocupações adicionais com o bem estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas.

7. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	2014										2015		
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Reuniões com ESF	X					X				X		X	
Leitura e reconhecimento do material bibliográfico	X	X	X	X									
Leitura seletiva definir produções a serem utilizadas					X	X	X	X					
Leitura e análise dos textos escolhidos							X	X	X				
Reflexões e sistematizações, elaboração dos 1ºs relatórios.						X	X	X					
Pesquisa de campo com os ACS e Revisão de prontuários							X	X	X				
Resultados parciais Do projeto de intervenção.										X	X	X	
Redação final do projeto de intervenção									X	X	X	X	
Apresentação do projeto											X		

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 Recursos Humanos

- Equipe multiprofissional de saúde,
- Gestores municipais de saúde envolvidos.

8.2 Recursos Materiais

- Consultório,
- Medicamentos,
- Receituários,
- Espaço para reuniões e grupos.

9. RESULTADOS PRELIMINARES

Iniciativas locais como a do presente trabalho almejam corroborar para o estímulo a mobilização da gestão municipal, uma vez que, o desempenho da gestão local é essencial para que se concretize o processo de reorganização da ABS. (BODSTEIN R, 2002). Nesse sentido, com o conhecimento construído a partir deste trabalho, acreditamos que esse projeto possa introduzir novos resultados positivos nas atividades em saúde da família e comunidade e que, possa servir de inspiração para a obtenção de uma sistemática de acolhimento e cuidado das pessoas com Epilepsia.

Alguns resultados preliminares podem ser citados, tais como:

- Revisão de processos/planejamento e capacitação da ESF.
- Sensibilização da equipe, pacientes e familiares – educação em saúde e profissional. Integração do tema ao processo.
- A Epilepsia foi identificada como o transtorno neurológico crônico mais comum do território de atuação da ESF II da sede, totalizando um número total de trinta e oito pessoas com Epilepsia, considerando o universo das patologias da esfera psiquiátrica e/ou neurológicas. Os demais transtornos identificados em ordem decrescente foram: retardo mental, insônia, depressão, transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, cefaléia, entre outros.
- Entre as pessoas com epilepsia no território da ESF II da sede podem-se fazer as seguintes observações: incidência maior nas duas primeiras décadas de vida; não houve discrepância importante entre os sexos; as DAE mais utilizadas em ordem decrescente foram o fenobarbital, a carbamazepina, o ácido vaproico, e a fenitoína; a maior parte dos esquemas terapêuticos são monoterápicos; e o tipo de crise mais comumente identificada foi a tônico clônico generalizada (CTCG).
- Avanços relativos ao cuidado: inclusão dos trinta e oito pacientes em agenda para cuidado continuado, dos quais três pacientes estão em acompanhamento domiciliar e três pacientes estão em acompanhamento conjunto com psicólogo.

- Do universo de pessoas com epilepsia identificados no território uma paciente resiste ao tratamento, e apenas uma necessita de fármaco não disponibilizado na farmácia do SUS.

Sabe-se que os números acima são subestimados devido a falta de registros adequados e cobertura incompleta do território. Assim a real prevalência da Epilepsia e de outros transtornos da esfera neurológica e/ou psiquiátrica nesse território são dados ainda desconhecidos.

A experiência em medicina de família e comunidade, através do PROVAB, permitiu uma compreensão mais ampla do conceito de saúde. Objetivar uma abordagem integral do indivíduo é fundamental para garantir seu bem estar físico mental e social.

AGRADECIMENTOS

Registro aqui meu sincero agradecimento:

- Aos pacientes e a todos os demais componentes da equipe de saúde da família II da sede.
- Ao supervisor do PROVAB Prof. Alberto Novaes, pela sua fiel dedicação e apoio a todas as etapas necessárias para a conclusão desse processo.
- Às demais Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde da sede.
- À Gestão municipal de saúde de Cascavel.
- À UFC.

REFERÊNCIAS

ABLON J. **The nature of stigma and medical conditions**. Epilepsy Behav. 2002; 3(6S2):2-9.

ANDRADE LOM. **O SUS após a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011**. July 25, 2011. <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/25/o-sus-apos-a-regulamentacao-da-lei-8-08090-pelo-decreto-7-5082011/>.

ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: Campos, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

BODSTEIN R. **Atenção básica na agenda da saúde**. Ciênc. saúde coletiva. vol.7, nº 3, São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000300002&script=sci_arttext. Acessado em: 06-06-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.161/GM DE 7 DE JULHO DE 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. .Acessada em: 05-05-2014. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1161.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Ceará, 2013.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epilepsia**. Caderno de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de nº492 de 23 de setembro de 2010**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - Epilepsia. Brasília.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Município de Cascavel Ceará. 2013.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DEVINE, E. C.; REIFSCHNEIDER, E. **A meta-analysis of the effects of psycho educational care in adults of hypertension**. *Nursing Research*, v.44, n.4, 1995. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm. Acessado em: 04-05-2014.

SCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), 2007.

FERNANDES SS. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011

FERNANDES PT, LI MIN LI. **Percepção de Estigma na Epilepsia**. Departamento de Neurologia – Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP) Received Aug 01, 2006; accepted Oct 06, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIOVANELLA, L *et al.* (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

JACOBY A, CHADWICK D. **Psychosocial problems in epilepsy**. BMJ. 1992; 305(6845):117.

J. PAIM, C. TRAVASSOS, C. ALMEIDA, L. BAHIA, J. MACINKO. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Acessado em: 08-05-2014. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=222.

KEDE J; MÜLLER VT; MOTA MM. **Atenção Primária à Saúde e Epilepsia: Revisão de Literatura**. J. epilepsy clin. neurophysiol. vol.14 no.4 Porto Alegre Dec. 2008

LI LM, FERNANDES PT, MORY S, NORONHA ALA, BOER HM, ESPÍNDOLA J, ET AL. **Manejo da epilepsia na rede básica de saúde no Brasil: os profissionais estão preparados?** Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5): 296–302.

MARCHETTI RL. **Terapêutica nos transtornos mentais associados à epilepsia**. In: Cordás TA, Moreno RA, editors. *Conduitas em psiquiatria*. 4^a ed. São Paulo: Editora Lemos; 2001. p. 349-84.

MARTINS LCA. **Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética**. In Referência, vol. 12, n^o 2, p. 62-66, 2008. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf. Acesso em: 9 de abril de 2014

MIZIARA CSMG, MIZIARA ID, MUÑOZ DR. **Epilepsia e trabalho: quando a epilepsia deve ser considerada incapacitante?** Saúde, Ética & Justiça. 2011;16(2):103-110.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NETO JG; MARCHETTI RL. **Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 27 no.4 ,São Paulo Dezembro de 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. 1^a. ed. Geneva:, 2005. v. 01. 182 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Who Expert Consultation on Preventing Chronic Diseases: A framework for action**. Geneva. 2007. Mimeo.

OMS/OPAS. **Estratégia e plano de ação sobre a Epilepsia**. 51º CONSELHO DIRETOR .63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL. Item 4.7 da agenda provisória. Washington, D.C., EUA, 26 á 30 de setembro de 2011. CD51/10 (Port.) 18 de julho de 2011 ORIGINAL: ESPANHOL.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Epilepsia**. Nota Descritiva nº 999. Outubro de 2012.

POLIGNANO MV. **História das políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão, Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf Acesso em: 21 de Outubro de 2013. Polignano, MV. *HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão*. Mimeo, 2010. 35p.

RONZANI TM, STRALEN CJ. **Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro**. Revista de Atenção Primária à Saúde 2003; 2:99-107.

SANTOS, AR. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. 3 ed. Rio de Janeiro. DP&A, 2000.

SANTOS L, Scott RA, Lhatoo SD, Sander JW. **The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here?** Bull World Health Organ. 2001;79(4):344-51.

SCOTT RA, LHATOO SD, SANDER JW. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? Bull World Health Organ. 2001;79(4):344-51.

SEBRAE /MG. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Série políticas públicas, vol 7, 2008.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. **Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals**, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOUZA C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA MLB, SILVEIRA SAS, RODRIGUES NJGA, SILVA ES. **Estratégia de Saúde da Família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS.** 2011

SOUZA, S. P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde.** Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. 2001. 123 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro.

STARFIEL, D.B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia.** 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, junho. 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 14º edição. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

VIANA, A. L. D. e DAL POZ, M. R. **A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.