

MAIANA VARGAS FONSECA

**DESAFIOS DE UMA ENFERMEIRA RECÉM-FORMADA DIANTE DA DOR E DO  
SOFRIMENTO FRENTE ÀS QUESTÕES SOCIAIS**

BAHIA

2020

MAIANA VARGAS FONSECA

**DESAFIOS DE UMA ENFERMEIRA RECÉM-FORMADA DIANTE DA DOR E DO  
SOFRIMENTO FRENTE ÀS QUESTÕES SOCIAIS**

Trabalho de conclusão de Residência  
apresentado à Fundação Oswaldo Cruz –  
BA para certificação como Especialista em  
Saúde da Família.

Orientadora: Jailma de Frias Santos

BAHIA

2020

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A minha preceptora Laíze, um ser humano incrível, que vou levar pra minha vida! Ela já era enfermeira da USF Entroncamento desde 2011, então conhecia muito bem os usuários da comunidade, sabia até sobrenome, localização de prontuário, tudo. Conhecia tudo da vida daquelas pessoas, o que facilitou muito todo o meu processo. Laíze é daquelas pessoas que abraçam o mundo! Como eu aprendi com ela, a Irmã Dulce do Entroncamento, seu apelido carinhoso!

As técnicas de enfermagem, Dea, Tainá e Ivane, vocês contribuíram demais para o meu aprendizado.

A Jailma, minha orientadora de TCR. Sem você eu não conseguiria ter transformado em escrita minha vivência até aqui, admiro sua luta e garra pra chegar onde você está hoje.

Aos meus pais e marido pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha filha, que nos momentos de minha ausência entendeu que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

*“Se eu errar que seja por muito, por amar demais,  
por me entregar demais, por ter tentado ser feliz  
demais.”*

(Clarice Lispector)

## RESUMO

Meus contatos mais diretos com as questões sociais ocorreram em minha adolescência. Eu fiz parte de um grupo que realizava trabalhos voluntários em um orfanato, nas Obras Sociais Irmã Dulce e no abrigo para idosos. E a escolha futura por um curso como a Enfermagem se deu justamente por me permitir aprender a cuidar das pessoas, e ter a ciência a meu favor em minhas práticas. O presente trabalho intitulado: “Desafios de uma enfermeira recém-formada diante da dor e do sofrimento frente às questões sociais” trata-se de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Para tanto serão explanadas as vivências de uma enfermeira RESIDENTE, recém-formada, que teve que lidar com questões sociais de uma comunidade do território sob sua responsabilidade e demais realidades que contribuíram na formação de uma profissional. Aprendi que dores físicas são mais fáceis de serem tratadas, porém como sanar uma dor da alma?

**Palavras chave:** Vulnerabilidade; Saúde da Família, Profissionais de Enfermagem.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNAS	Política Nacional de Assistência Social
USF	Unidade de Saúde da Família
SESAU	Secretaria de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
G5 P4 A1	5 gestações, 4 partos e 1 aborto
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
RAS	Redes de Atenção à Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
GEASA	Gerência de Atenção à Saúde
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
VISA	Vigilância Sanitária
VIEP	Vigilância Epidemiológica
PAS	Programação Anual de Saúde
HIPERDIA	Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAMGC	Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar
CI	Comunicado Interno

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 VULNERABILIDADE SOCIAL .....</b>	<b>8</b>
<b>3 GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/ ESTUDOS DOS CICLOS DE VIDA.....</b>	<b>9</b>
<b>4 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 CASO MARGARIDA .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 CASO ALISSON.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 CASO ROSA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5 CLÍNICA AMPLIADA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.6 2º ANO DE RESIDÊNCIA.....</b>	<b>19</b>
4.6.1 ESTÁGIO NA GESTÃO.....	19
4.6.2 ELETIVO .....	23
4.6.3 ESTÁGIO NA COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	23
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade social diz respeito a uma condição de fraqueza material ou moral de uma pessoa ou de uma população diante de riscos compostos pelo contexto econômico-social, como privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza (DO CARMO, GUIZARDI; 2016). A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), instituída em 2004, explicita também o conceito supracitado como [...] diferentes situações que podem acometer os sujeitos em seus contextos de vida [...].

Meus contatos mais diretos com as questões sociais ocorreram em minha adolescência. Eu fiz parte de um grupo que realizava trabalhos voluntários em um orfanato aos sábados, nas Obras Sociais Irmã Dulce aos domingos e no abrigo para idosos uma vez ao mês. E a escolha futura por um curso como a Enfermagem se deu justamente por me permitir aprender a cuidar das pessoas, e ter a ciência a meu favor em minhas práticas. Para mim seria um sonho a ser realizado.

Já no curso da minha graduação para enfermeira, estudei os ciclos de vida separadamente: Saúde da Criança I e II, Saúde do Adulto I e II, Saúde da Mulher I e II e Saúde do Idoso, onde me identifiquei mais com esta última, e obtive melhores notas em Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

Alguns anos se passaram e eu tive a sorte e a honra de retornar às Obras Sociais Irmã Dulce. Dessa vez para fazer um estágio extracurricular de 1 ano e 2 meses no setor de Geriatria. Já no estágio curricular na rede básica me encantei com o trabalho desenvolvido pelas equipes da Unidade de Saúde da Família (USF). Eram realidades de trabalho diferentes: no hospital a falta de vínculo me incomodava e na USF esse vínculo me preenchia.

Terminei minha graduação e meu estágio nas Obras Sociais Irmã Dulce em novembro de 2017 e em março de 2018 me tornei uma residente em Saúde da Família. Com muito orgulho, diga-se de passagem! Nos dois primeiros dias eu e minha turma fomos acolhidos na faculdade Unime em Lauro de Freitas na Bahia. Lá nos foi explicado o desenho da residência para o 1º e 2º ano (R1 e R2). O 1º ano seria de forma assistencial na USF e o 2º ano de forma mais administrativa, na gestão da Secretaria de Saúde (SESAU) do município de Dias d'Ávila, região metropolitana de Salvador, perpassando pela Rede de Atenção, como citado no Projeto Político Pedagógico (FESF-SUS, 2018).

Em meu primeiro ano de residência precisei acionar muito a Psicologia, assim como acionei também serviços como o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) para os casos que estariam sob minha responsabilidade e que envolviam violações de direitos dos usuários. Percebi com a Residência que a formação acadêmica me ensinou muita coisa, mas ela não me ensinou a lidar com a dor do outro...

As questões sociais como a pobreza, violência, estupro, desigualdade social, desemprego e violência doméstica sempre me afetaram muito, porém era uma realidade vista de muito longe. Passar a viver essa realidade, lidando com o sofrimento das pessoas tão de perto, me fez repensar minha própria vida tanto pessoal quanto profissionalmente. Percebi que a graduação não me ensinou a lidar com essas questões, mas também, percebi que apesar da falta de preparação para isso não podia me paralisar e muito menos fingir que não era comigo. Eu simplesmente não podia fechar os olhos diante do que via!

O presente trabalho intitulado: “Desafios de uma enfermeira recém-formada diante da dor e do sofrimento frente às questões sociais” trata-se de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Para tanto serão explanadas as vivências de uma enfermeira RESIDENTE, recém-formada, que teve que lidar com questões sociais de uma comunidade do território sob sua responsabilidade e demais realidades que contribuíram na formação de uma profissional que utilizou da clínica ampliada para melhor desenvolver suas práticas de trabalho em saúde.

## 2 VULNERABILIDADE SOCIAL

A saúde é o resultado de determinantes que abrangem situações de vida e circunstâncias sociais nos quais a comunidade vive. A falta de saúde da comunidade depende de um conjunto primordial de estruturas e peculiaridades de cada indivíduo. Dentre os conjuntos primordiais vale destacar a situação socioeconômica e política definida pelas situações de governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais associadas ao mercado de trabalho, habitação e apropriação de terra, políticas públicas associadas à educação, saúde e defesa social e os princípios culturais da comunidade. Essa situação define a organização de classes sociais, as relações de gênero e etnia e a separação por educação, ocupação e renda (RIBEIRO; BARATA, 2016).

O cuidado em saúde em um contexto de vulnerabilidade é um processo extremamente doloroso pra mim, presente nos contextos de vida das famílias e indivíduos. Um cotidiano necessário para que a superação dos desafios aconteça de forma compartilhada (profissional-usuário). E não basta só estar presente na realidade da comunidade, é preciso apurar o olhar para ver o que não é mostrado, reconhecer os pormenores, é meio que enxergar com a alma, fazer leituras corporais, pois o corpo fala e assim, estudar o comportamento humano se faz necessário.

A pobreza, em minha opinião, só agrava as situações de violência, exclusão social, discriminação, violação de direitos, maus tratos, abandono, negligência, abuso e explorações sexuais, situação de rua, uso abusivo de álcool e drogas. Proporcionar chances de ingresso no mercado de trabalho, aumentando a renda e ofertando serviços públicos eficientes será capaz de uma melhora na qualidade de vida do indivíduo e sua comunidade. Do Carmo e Guizardi afirmaram em 2018 que não havia muita produção sobre essa temática, que de 46 estudos mapeados, somente 16 tratavam do conceito de vulnerabilidade ou sua implicação em relação às políticas públicas e garantia de direitos à cidadania. Associam a vulnerabilidade à precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção individual e o frágil ou nenhum acesso a serviços e recursos para manutenção da vida com qualidade.

### 3 GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/ ESTUDOS DOS CICLOS DE VIDA

Segundo as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem no quesito perfil de egresso, há uma descrição de uma [...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautado em princípios éticos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania [...]. Em competências e habilidades específicas:

Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

No capítulo conteúdos curriculares as diretrizes nacionais citam, por exemplo, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa, assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, administração do processo de trabalho de enfermagem, dentre outras, assim como o Estágio curricular supervisionado em hospitais e na rede básica de serviços de saúde e comunidades.

No estudo da assistência de Enfermagem da Saúde do Idoso me identifiquei mais e obtive melhores notas em Saúde da Criança e Saúde da mulher e fui monitora na Saúde do Adulto e Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Fiz o Estágio curricular supervisionado hospitalar no Hospital Geral Roberto Santos, época em que quase desisti da profissão, pois me perguntava todos os dias o que eu estava fazendo ali.



Fonte: saúde.ba.gov.br

Emergência lotada, paciente pelo chão, maca em corredor, energia pesada, grosseria dos profissionais com os pacientes... Não havia empatia ali! Havia fisionomias sisudas dos profissionais, dor, tristeza e sensação de descaso dos pacientes. Sentia sempre uma energia tão pesada e chegava em casa tão exaurida que imaginava ter que voltar no outro dia. Ali eu já sabia que não queria aquela rotina pra minha vida. Resolvi não abandonar o curso e o pensamento na época era apenas um: "Maiana, você chegou à metade da graduação e deseja ter nível superior, não precisa trabalhar como enfermeira, só se forme". Esse pensamento permaneceu em mim durante todo o semestre! Voltei das férias com o ânimo renovado e com muita vontade de fazer a diferença na vida do paciente que precisasse de meus cuidados e instituí como minha meta jamais ser a profissional grosseira, a que não toca e não olha no olho.

Em 06 de outubro de 2016 iniciei meu Estágio Extracurricular nas Obras Sociais Irmã Dulce, após uma seleção iniciada em agosto do mesmo ano, período que o ânimo citado voltou. E no semestre seguinte, já no último ano da graduação, no início de 2017 aconteceu o Estágio da rede básica, onde escolhi a USF Boa Vista do Lobato, em uma lista com diversas outras USF's da cidade de Salvador.



Fonte: salvadornoticias.com

Então em 2017 minha rotina de universitária era a seguinte: Às 7h chegava nas OSID, saía às 13h e às 13:30, distante quase 7 quilômetros, tinha que estar na USF Boa Vista do Lobato. Vale ressaltar que só tive a permissão da minha faculdade para fazer o estágio nas OSID, por possuir uma motocicleta, visto que sem ela não seria possível chegar a tempo

na USF da Boa Vista do Lobato. Mesmo com moto eu chegava lá em cima da hora e precisava engolir o almoço. Foi uma época de muita correria, porém o esforço era compensado pelo aprendizado, pois participava de passagem de plantão onde era explanada a evolução dos pacientes e as intercorrências, providenciava os encaminhamentos dos pacientes para os exames marcados, aprazamento das medicações, sondagem, instalação de hipodermóclise, dentre outras técnicas, porém o que mais fazia era o acompanhamento e realização de curativos, pois havia comissão de feridas, que tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência aos pacientes e otimizar recursos, com variedade de materiais, desde pomadas a coberturas especiais.

## **4 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Terminei minha graduação e meu estágio nas OSID em novembro de 2017, formei em janeiro de 2018 e em março de 2018 me tornei uma residente em Saúde da Família. Com muito orgulho, porém muito insegura por ser recém-formada, sem muita experiência na área, ficava com muito medo de errar. Mas sabia que aprenderia muito, pois estava muito aberta para receber todo o novo conteúdo. Tinha muita sede de aprendizado e sorvia tudo o que podia para isso.

E assim lá estava eu em Dias D'Ávila, a 54 quilômetros de minha casa, muito feliz e disposta a aprender e ajudar a comunidade. Nessa época duas equipes de Saúde as Família estavam atendendo no mesmo espaço físico, ou seja, 4 enfermeiras para apenas 1 consultório, aguardando a inauguração da unidade II, o que veio a ocorrer 3 meses depois. Mas por incrível que pareça essa “superlotação” nos aproximou e o vínculo forte construído se estendeu até o núcleo de odontologia, com mais 4 dentistas, então éramos 8 mulheres completamente diferentes que se uniram para sobreviver ali.

Nesse início da residência aproveitava a hora do almoço pra estudar, andava com um caderninho de anotações e uma caneta para registrar qualquer nova informação. Pelo Projeto Político Pedagógico (PPP), 2018 as atividades do Programa de Residência são desenvolvidas com 80% da carga horária total prática e teórico prática como turno pedagógico, que tem o objetivo de qualificar a clínica, 20% de carga horária teórica, onde há as rodas de campo e núcleo, que tem como objetivo reflexão das práticas, identificação das necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências do âmbito da assistência, gestão e educação (FESF-SUS, 2018).

### **4.1 CASO MARGARIDA**

Dois meses após meu início na residência conheci em uma consulta de saúde da família, Margarida (nome fictício), uma menina de 11 anos, parda e franzina. Margarida tinha uma queixa constante de dor nas pernas, incontinência fecal e urinária e ainda chupava dedo. Toda essa sintomatologia me intrigou e comecei a investigar a fundo sobre a história de vida dessa garota e de sua família. A menina, seus pais e cinco irmãos moravam em uma casa emprestada por um conhecido da família, viviam de ajuda de vizinhos e parentes e não recebiam benefícios sociais. Conversando com outros profissionais, descobri informações importantes que me fizeram não restringir o cuidado apenas àquela consulta.

Segundo a Lei Maria da Penha n. 11.340 de 2006, mais precisamente no Art. 5º. [...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial [...]. O abuso sexual é retratado por Queiroz como [...] o caso de

um indivíduo ser submetido por outro para obter gratificação sexual. Envolve o emprego, uso, persuasão, indução, coerção ou qualquer experiência sexual que interfira na saúde do indivíduo incluindo componentes físicos, verbais e emocionais [...]

Assuntos como suspeita de abuso sexual e violência doméstica emergiram e eu, com uma coragem que até então não sabia que tinha, resolvi investir na oferta de cuidado a Margarida e a princípio, sua mãe. Mas como fazer isso, já que eu nunca tinha conduzido um caso de tanta complexidade? Me questionava constantemente se existiam conhecimentos específicos para a situação de saúde considerando o núcleo que pertencemos. Nesse momento consegui um aliado muito importante, o residente de psicologia do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Buscamos informações em prontuário e começamos a desenhar como seriam as primeiras intervenções com a paciente e sua mãe.

Nos registros de prontuário constatamos que Margarida já tinha sido atendida por uma psicóloga em 2017, mas as informações desse atendimento eram mínimas e sem informações muito relevantes sobre o caso. Mãe e filha, devido aos sofrimentos progressivos e a vida difícil que viviam, eram tímidas, arredias e com difícil vinculação com a equipe. Sempre mudavam de domicílio, tanto que tinham alguns prontuários com vários endereços. Como estabelecer confiança com duas usuárias com essas características? Eu e o psicólogo não sabíamos responder essa pergunta, mas fomos tentando de forma lenta, cuidadosa e respeitosa essa aproximação. Fizemos consultas individuais, visitas domiciliares, oferta de alguns recursos terapêuticos, como auriculoterapia, atendimento odontológico, e essas ações foram resultando em singelas mudanças de comportamento. Percebíamos sorrisos, que por ora nunca tinham sido vistos, abraços, e isso para nós, demonstravam a efetividade do nosso acompanhamento.

Em alguns momentos a mãe de Margarida nos contou sobre as violências psicológicas que sofria, e da sensação de medo que sentia diariamente. Eu e o psicólogo também havíamos percebido a dependência emocional que a mesma tinha em relação ao companheiro. Isso foi muito difícil para nós, porque nossa vontade era tirá-las do convívio com o agressor (o pai/esposo). Foram várias tentativas de investigação sobre o abuso sexual sofrido por Margarida, utilizando para isso a psicoterapia, porém sem nenhum sucesso, em todas as consultas que esse assunto era abordado, ela negava. A essa altura nós já estávamos totalmente envolvidos com essa família, mantendo um acompanhamento regular e tentando abordar aspectos que produzissem mudança na real situação de vida, principalmente da mãe, de Margarida e dos seus irmãos.

Em Dezembro de 2018, antes do recesso de Ano Novo, agendamos uma abordagem familiar, vindo a esse atendimento, Margarida, sua mãe e sua irmã de 9 anos. Após várias conversas, eis que surge um novo fato, Angélica (nome fictício) irmã de Margarida, resolveu contar que um dia, há aproximadamente dois anos, acordou com um

homem, seu tio avô “em cima dela” sem as vestimentas inferiores, e não sabia referir se houve ou não penetração pois a mesma estava dormindo. Cada palavra dita por aquela criança soava como um punhal sendo cravado em mim, e eu não segurei a onda, saí da sala chorando e assim fiquei por alguns minutos, não tendo condições de retornar ao atendimento. Onde foi parar o direito dessas crianças, como cita o Estatuto da Criança e do Adolescente na Lei nº 8.069/90? [...] Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Chamei minha preceptora, que tinha ciência do caso, pois conhecia a família e também já tinha sido informada sobre nosso acompanhamento, e ela deu continuidade, avaliando a região genital da criança e realizando os testes rápidos, tanto em Margarida, quanto em Angélica. Os testes deram negativos, e o exame genital de Angélica também não demonstrava sinais de manipulação, pelo menos, recente, e o hímen estava íntegro. Margarida nunca permitiu o exame da sua região genital, nem pelo pediatra do ambulatório. Imediatamente fizemos a notificação de violência doméstica sofrida pela mãe de Margarida e a de violência sexual sofrida por Angélica. Entramos em contato com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para que o mesmo acompanhasse a família e o atendimento foi agendado para janeiro do ano seguinte em virtude das festas de fim de ano.

Porém no dia combinado a mesma não compareceu ao serviço, e quanto a visita realizada pelo CREAS, que tinha como objetivo realizar a busca ativa de Margarida, também não foi efetiva porque não haviam pessoas no domicílio. Logo depois, descobrimos que a família tinha fugido do município em razão de um crime cometido pelo pai de Margarida. Ninguém sabia onde eles tinham indo, se estavam bem. Para nós foi um momento de muita angústia, decepção, impotência e frustração. Nosso maior desejo era ver aquela família vivendo em condições dignas e sem exposição a qualquer tipo de violência, porém essa não era a prioridade do usuário. Como trás Bourdieu quando afirma que [...] a violência simbólica se dá através do consentimento do dominado, e para que haja uma transformação dessa estrutura, além do conhecimento, é indispensável um trabalho educativo que venha desconstruir afirmativas de que o homem é superior à mulher [...] Viver naquela realidade era tão natural que os mesmos não configuravam como um ambiente tóxico. Esse caso marcou a minha vida e foi muito difícil revivê-lo pois as emoções ainda são muito recentes e afloram de maneira forte.

“Tudo tem seu apogeu e seu declínio...É natural que seja assim, todavia, quando tudo parece convergir para o que supomos o nada, eis que a vida ressurge, triunfante e bela! Novas folhas, novas flores, na infinita benção do recomeço.” Chico Xavier



Arquivo pessoal: Foto tirada em uma visita domiciliar psicologia-enfermagem

#### 4.2 CASO ALISSON

O que mais havia chamado minha atenção em seis meses de residência é o sofrimento desses usuários, suas dores interiores, angústias, a pobreza, a fome, os problemas de ordem psicológica. E pareço atrair essas pessoas pra perto de mim. Um adolescente vira e mexe aparece em meus pensamentos: Alisson (nome fictício) foi preso aos 15 anos por 45 dias, época de seu aniversário, Natal e Réveillon, acusado de ter matado o próprio pai. Foi torturado pela polícia para que confessasse o assassinato e assim o fez, apesar de se declarar inocente. Dizia ter presenciado o pai ser morto a facadas, sabia quem matou e não podia dizer para não botar a segurança da família em risco. Esse caso chegou até mim em uma consulta de saúde da Família, onde atendi o menor acompanhado da tia, pedindo ajuda psicológica para o sobrinho. Como lidar com essas questões? Tenho a sensação que nunca saberei que sempre vou tomar aquele baque.

Estive em reunião com o CREAS, onde ele já estava sendo assistido e assim alinhamos as condutas de apoio e assistência. Ele está solto, porém ainda corre o risco de ser condenado. Dores físicas são mais fáceis de serem tratadas, porém como sanar uma dor da alma? E mais uma vez precisei do apoio do psicólogo do NASF, inclusive nas visitas domiciliares.

A maioria dos adolescentes detidos possui baixa escolaridade e são de famílias de baixa renda, segundo Bugnon e Duprez, 2016, assim como o caso de Alisson. Os autores falam também de um estudo, que buscou avaliar o ponto de vista dos moradores das favelas do Rio de Janeiro e confirmou que esses indivíduos se sentiam perturbados tanto pela

violência de policiais como de traficantes, sendo dos policiais ainda mais imprevisíveis e arbitrárias.

Esse caso apareceu pra mim após o caso Margarida, mais um caso complexo do meu território. E assim fiquei conhecida como a residente que mais tinha os casos mais sofridos...e o caso de Margarida não me preparou para o caso de Alisson, as sensações eram diferentes e me senti despreparada da mesma forma, sabia que uma frase mal dita botaria tudo a perder.

### 4.3 CASO ROSA

Soube de Rosa (nome fictício), 38 anos, negra, G5 P4 A1 (5 gestações, 4 partos e 1 aborto), através de um vizinho dela: “Desconfio que Rosa, minha vizinha, esteja grávida ela mora quase em frente à minha residência, em um barraco”. Fui então com esse vizinho até a residência de Rosa, em uma área descoberta do meu território.



Deparei-me então com essa imagem e sem dúvida foi a moradia mais precária que conheci no 1º de residência fazendo visitas domiciliares semanais no Município de Dias D'Ávila. A "casa" não dispunha de água, instalações sanitárias, nem fogão, nem piso. Nela moravam 5 pessoas: Rosa, o companheiro, e três filhos sendo suas idades 8,10 e 13, respectivamente (frutos de uma relação anterior).

Após me apresentar a Rosa, uma anamnese rápida e uma inspeção discreta, pude observar um abdome distendido e consegui marcar uma consulta para o turno da tarde. E eu só conseguia pensar... Como um recém-nascido iria morar nesse barraco, com condições de moradia tão precárias?

A 1ª consulta aconteceu naquela tarde, iniciou-se um vínculo, corrida contra o tempo da minha parte para alcançar a melhora das condições de vida e saúde da família, e acionamento do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e pedi ajuda da comunidade que doou alimentos e fez um contra piso, pois o chão era de terra, e graças a Deus não demorou e o parceiro da Rosa conseguiu um emprego de caseiro em uma fazenda bem próxima ao barraco em que viviam e moradia na própria fazenda. Rosa ajudava o marido na lida da fazenda e acabou sofrendo um aborto, e só então soubemos, eles e eu, que eram

duas meninas. Meu Deus, pela primeira vez na vida eu fiquei contente com um aborto, e fiz de tudo para Rosa fazer uso de algum método anticoncepcional, mas o parceiro queria muito Um filho dele e foi contra.

Soube já no meu segundo ano de residência (R2), que o parceiro de Rosa havia perdido o emprego de caseiro na fazenda e que ela estava grávida novamente, na hora da notícia acho que meu coração parou de bater por uns segundos. Fiquei muito triste, preocupada, eles estavam de volta à casa de palet... Conversei com a enfermeira residente do primeiro ano (R1) responsável pela assistência como minha sucessora e falei das condições da casa e que ela cobrasse uma posição do CRAS, pois havia a família já havia tirado as fotos da casa e enviado ao CRAS e nada de resposta. O parceiro de Rosa também havia ido ao tentado enxoval com através da assistência social alocada na Prefeitura e nada também.

E a criança nasceu nessas condições. Pedi ajuda então ao subsecretário de saúde, consegui levar ele e a assistente social da Prefeitura até o barraco de palet, pois precisava de material de construção para tentar proporcionar uma melhora na condição de vida daquele recém-nascido e sua família. O enxoval saiu, porém a promessa de ajuda morreu aí. Mas não demorou e a igreja que eles frequentavam conseguiu uma moradia no centro da cidade... Às vezes a ajuda não vem de onde devia vir, mas de pessoas que não têm nenhuma obrigação, mas que têm empatia e que não se acomodam diante das dificuldades, que não medem esforços para ajudar...

Rosa me ensinou a não reclamar da vida, com uma realidade de tanta privação, como ela conseguia sorrir? Que direito eu tinha de achar que tinha motivo para ficar triste? Toda vez que minha filha adolescente reclamava da vida eu mostrava o barraco de palet de Rosa.

Esses casos me ensinaram a acionar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o papel da clínica ampliada no cuidado com os usuários, a abordagem familiar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o papel e a importância do NASF e a importância de uma consulta compartilhada e as especificidades do CRAS e do CREAS, que fazem parte da rede de proteção social, principais unidades da Política de Assistência Social. O CRAS trabalha com prevenção da ocorrência de situações de vulnerabilidade social e risco nos territórios e o CREAS trabalha com as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos, ou seja, enquanto o CRAS previne, o CREAS “trata” das consequências ocasionadas pela vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2018).

#### **4.4 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e

Emergências, Rede de Atenção às doenças e condições crônicas e a Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência formam as RAS (PIMENTA, 2014). As ações das RAS com seus serviços de saúde, e suas distintas tecnologias se integram, dando apoio técnico, logístico e de gestão, garantindo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; São ofertados para atender às necessidades das pessoas (MENDES, 2011).

[...] Tem por finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores [...] (PIMENTA, 2014).

E assim ligava os pontos da Rede cada vez que encaminhava um paciente para UPA, Maternidade, para uma consulta com pediatra, ginecologista, exames de imagem, laboratório...e assim o usuário caminhava pela Rede, conforme sua necessidade. Porém nem sempre era eficaz o cuidado integral, como no caso de Rosa, que não teve suas necessidades supridas, já no caso de Margarida, conseguimos a integralidade e só não avançamos mais pela evasão da família.

#### **4.5 CLÍNICA AMPLIADA**

É uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que qualifica o fazer em saúde, aumenta a autonomia do usuário, da família e da comunidade, no serviço, integra a equipe de saúde das mais diversas áreas na busca do cuidado, pensando na especificidade do sujeito, da família ou comunidade, com escuta qualificada, onde o usuário é o protagonista do cuidado dispensado a ele, e o PTS, o apoio matricial e o acolhimento são ferramentas de uma clínica ampliada (BRASIL, 2010).

Eu aproveitava as reuniões de equipe que ocorriam às quintas à tarde para passar para a equipe a situação de um usuário para passar para a equipe a situação de um usuário, ou de uma família e juntos pensássemos na melhor forma de tratamento. E assim expus a situação de João para que através da clínica ampliada qualificada, com o objetivo de vincular João àquela unidade, conhecedores de sua história, pudessem o acolher com um olhar diferenciado, da forma mais humana possível.

Porém às vezes infelizmente as coisas não saem como o esperado...pois ao falar do caso, uma agente de saúde da área do usuário veio com uma fala “não conte comigo, ele é bandido e lá onde ele mora eu não piso”. E aí precisei usar de argumentos para tentar convencer a profissional a fazer seu trabalho sem julgamentos, pois com essa fala dela a dentista do território do usuário ficou com medo de assistir esse paciente. Me senti então, na

responsabilidade de acolher o medo da agente e tentar intervir. Sabemos o quanto precisamos das agentes de saúde na nossa prática de cuidado e sem o apoio dela eu não conseguiria nem chegar na residência do usuário.

E assim, após muito se discutir consegui fazer a agente e os outros profissionais a desenvolver comigo uma clínica ampliada. E começamos indo até a residência do João, com o objetivo de criar vínculo e poder realizar um cuidado mais qualificado.

A clínica ampliada é uma ferramenta de muito poder, primeiro porque quando dividimos o caso de um usuário com a equipe, ela tende a ser mais resolutiva, na minha visão quanto mais profissionais envolvidos pra pensar junto, melhor. Fora ter o apoio de outras categorias profissionais é de muita valia: a fisioterapeuta trouxe a ideia de inserir o João no boxe, por exemplo, e assim juntos conseguimos assisti-lo da melhor forma, com João protagonista do seu cuidado, nos direcionando.

#### **4.6 2º ANO DE RESIDÊNCIA**

E após 1 ano de experiência na assistência lá estava eu no 2º ano. E fui com o coração, corpo e alma fechados. Eu estava triste, não queria ter que deixar a assistência e se eu tivesse poder de escolha não teria saído. E assim fomos divididos em 4 grupos (G1, G2, G3 e G4), pois o desenho do 2º ano era o seguinte: 3 meses de estágio na Gerência de Atenção à Saúde (GEASA), Sala de Situação e Planejamento. Todos esses situados na Secretaria de Saúde (SESAU) de Dias D'Ávila. Ainda faziam parte do R2 as 7 semanas em eletivo (estágio de nossa escolha em qualquer local, desde que tivesse relação direta com nossa residência), 30 dias de férias e 6 meses na Rede (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, CAF, VISA ou VIEP).

Fiquei com o G3, que começava na Gestão, mais precisamente na GEASA, depois no eletivo/férias e por fim, concluiria na Rede, onde escolhi a CAF.

##### **4.6.1 ESTÁGIO NA GESTÃO**

Foi a fase mais difícil pra mim na residência. Não gostava do ambiente, não era acolhedor, nos sentíamos como intrusas, o ar era pesado e ainda tinha toda uma insatisfação minha pessoal pelo fato de estar saindo da assistência e de não gostar de gestão. Foi uma época de muita insatisfação, tanto pessoal quanto profissional.

O conceito de território, perpassa por vários âmbitos, podendo ser evidenciado pela manifestação do perfil de saúde-doença de uma população. Na perspectiva da prática territorial em saúde, podemos definir o território como um espaço potente para implementação de práticas em saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família apresenta a territorialização como pré-requisito básico para o trabalho das equipes, onde os serviços de saúde devem ser divididos de acordo com a delimitação de áreas de abrangência, através do conhecimento das demandas da população. E espaço é dinâmico e ocorrem transformações a todo momento. O território em si é uma ferramenta importante para o conhecimento das necessidades de uma população, para planejar e implementar medidas de saúde, visando a garantia dos direitos dos usuários ao acesso às ações e aos serviços de que necessitam (BRASIL, 2017).

O município de Dias D'Ávila possui uma população estimada em 80.657 habitantes, composta basicamente, por trabalhadores rurais, populações nômades que fixaram residência no município, trabalhadores do polo petroquímico e moradores que vivem na cidade desde antes da sua emancipação (DIAS D'ÁVILA, 2018).

De acordo com a PNAB/2017, a população adscrita por equipe de saúde da família é de 2.000 a 3.500. Para o Agente comunitário de saúde, recomenda-se a cobertura de número máximo de 750 pessoas por ACS. No último diagnóstico populacional realizado em Dias D'Ávila, em 2017, notou-se um quantitativo de 3.249 e 2.484 pessoas na área de abrangência da Concórdia I e II, 1.973 e 2.523 pessoas adscritas no território do Entroncamento I e II. As áreas descobertas da USFs Entroncamento I e II, e Concórdia I foi de 516, 515 e 506 pessoas, respectivamente. Não há informações referente a área descoberta da concórdia II. Em 2015, o levantamento do quantitativo populacional da USF Leandrino registrou 823 pessoas em uma microárea, tendo como unidades satélites o Futurama I e II, com o quantitativo de 453 e 411 pessoas, respectivamente.

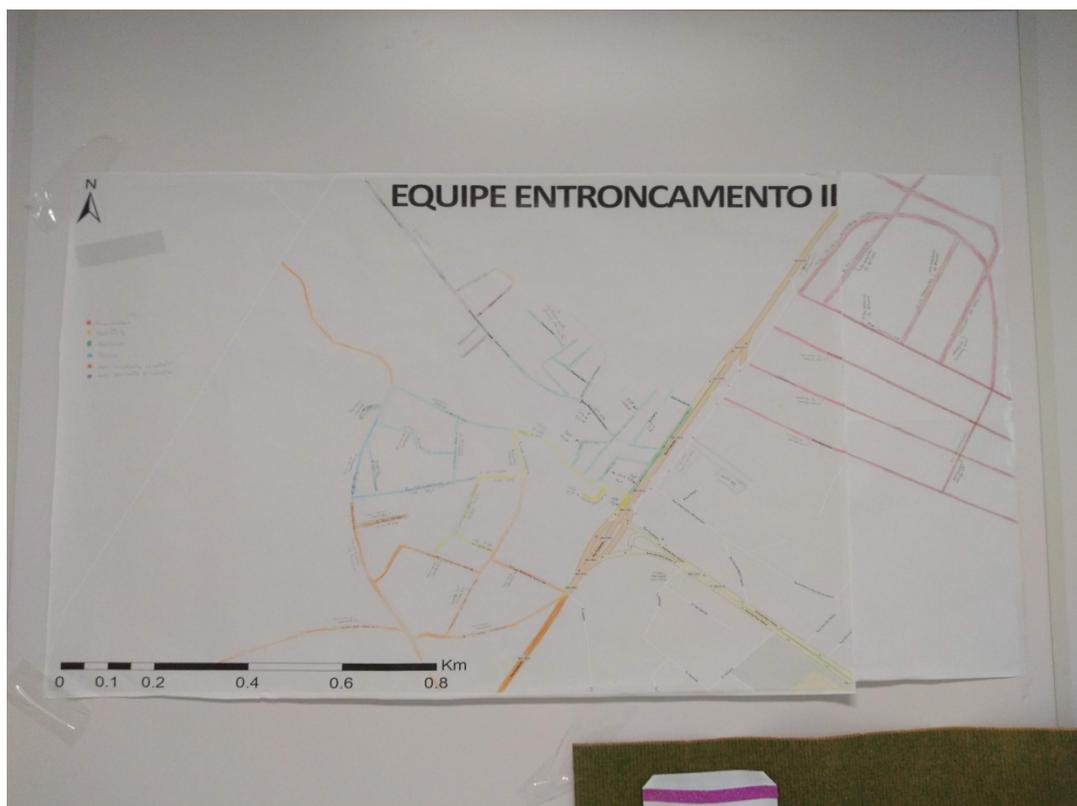
O nosso plano de estágio era a reterritorialização, o começo na verdade. Toda a parte de planejamento, além da apresentação para as USF's, onde faríamos as oficinas com os cronogramas contendo os prazos que deveriam ser seguidos, conforme a PAS (Programação Anual de Saúde).

As oficinas tinham como objetivo a sensibilização das equipes para uma construção e execução coletiva e participativa do processo na perspectiva de evidenciar os impactos positivos da reterritorialização para equipe e o território, colaborando com o fortalecimento do vínculo das equipes com a gestão e a efetividade do processo.

As oficinas foram realizadas seguindo as seguintes etapas: aplicação de uma dinâmica através de perguntas norteadoras, demarcação do território de abrangência atual nos mapas estáticos, apresentação do diagnóstico populacional atual relacionando com os dados do último levantamento realizado no município (2015 e 2017) e discussão do cronograma.



Oficina da USF Entroncamento II



Mapa estático pintado pela equipe

Utilizamos o mapa descritivo, como uma ferramenta imprescindível para a otimização do trabalho da gestão e das equipes de Saúde da Família, permitindo o planejamento de intervenções estratégicas viabilizando o desenvolvimento de atividades assistenciais que primam à promoção da saúde e prevenção de agravos.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) e a PAS são instrumentos de gestão que organizam um conjunto de planos de trabalho, ligados aos problemas e às necessidades de saúde da comunidade de um município, de acordo com as normas e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito estadual e nacional (DIAS D'ÁVILA, 2018). Na perspectiva de fortalecer a Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção à saúde do SUS, foi definida como meta a reterritorialização municipal até 2021. A programação anual de saúde é um recorte do PMS, que é validado e redefinido anualmente. Para 2019 foi definido como meta reterritorializar as áreas de cinco equipes de saúde da família: Leandrinho, Entroncamento I e II, Concórdia I e II.

Foi um estágio onde apenas cumprimos o plano da residência, não conseguimos viver o dia a dia da gerência, pois mesmo tentando nos inserir não nos era permitido.



Fonte: Arquivo pessoal

Essa foto foi tirada em uma atividade que aconteceu em uma área descoberta do bairro do Entroncamento, onde fomos convidadas por moradores da região a prestar serviços de enfermagem e odontologia. Fomos com o objetivo de promover saúde para a comunidade através de ações coletivas e atuar na prevenção de agravos daquela comunidade sobre agravos que podem ser prevenidos, tornando-a ativa do seu processo de aprendizado, permitindo a ela se identificar como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos que constroem sua vida, melhorando seu padrão de saúde (OLIVEIRA, 2011). Então fizemos um projeto, fechamos uma data e os próprios moradores fizeram a divulgaram.

Eu falei sobre hipertensão e diabetes, e juntas orientamos sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis, práticas regulares de atividade física, cuidados com higiene corporal e bucal. Foi uma tarde feliz pra todos os envolvidos e muito proveitosa. Até hoje quando encontro esses moradores, eles comentam sobre esse dia e cobram nosso retorno ao local.

#### **4.6.2 ELETIVO**

Fiz meu estágio na USF Varginha em Dias D'Ávila. A escolha desse campo de estágio tinha como objetivo para mim, aperfeiçoar habilidades e competências em uma USF que não contasse com profissionais de residência em sua equipe mínima. Seria também um número menor de profissionais comparado com minha realidade como residente do 1º ano. E isso foi ótimo, pois era essa experiência que eu queria ter, trabalhar em uma realidade mais parecida com o que vou encontrar quando sair do Programa.

Como o que me motiva é o trabalho assistencial, não poderia escolher um campo de estágio fora de uma Unidade de Saúde da Família, então cheguei com as melhores expectativas e muito feliz por poder voltar para assistência como nos tempos de R1, porém com muito mais bagagem. Pude realizar todas essas atividades ora de forma compartilhada com a enfermeira da unidade, ora em consulta individual e atendimento coletivo (enfermeira e médico) de HIPERDIA, foi a experiência mais diferenciada que vivenciei; foi rica e agregadora e com certeza entrará na minha mochila da vida. A Unidade da Varginha é muito acolhedora, com uma equipe muito unida, entrosada, que pensa de forma coletiva, suspira empatia, pois a dor de um vira a dor de todos.

Houveram muitas trocas em consultas, vacinas, notificações compulsórias, prescrição de enfermagem, teste-rápido para IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), triagem pré-natal e principalmente acolhimento, pois quando cheguei não havia um documento norteador, classificação de risco e um padrão para ser seguido. Como vim de uma unidade onde o acolhimento já está implantado, pude passar minha experiência e deixar um documento norteador e um padrão de atendimento dentro da realidade deles, facilitando assim, a meu ver, processo de trabalho.

#### **4.6.3 ESTÁGIO NA COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Há 4 anos atrás, antes de ingressar em uma faculdade, fui auxiliar de farmácia de um hospital de grande porte de Salvador. Exercia a atividade desde a dispensação até o controle do estoque de materiais do almoxarifado, época que cogitei ser farmacêutica. Então quando a CAF entrou como opção do estágio de Rede já sabia que seria ali que eu queria estar.

Realização de salas de espera e orientações nas USF sobre o uso racional e descarte consciente de medicamentos com presença de um profissional das USFs, edição do fluxo e implantação do descarte seguro de fármacos no município, registro do quantitativo mensal de suplementação de ferro e ácido fólico das USFs no sistema e-Gestor e monitoramento da dispensação de insumos para verificação da glicemia capilar do município, o PAMGC, foram algumas das ações do nosso plano de estágio, realizado em dupla com uma

outra residente. E o monitoramento deu tão certo que virou um artigo que pretendemos publicar.

Quando começamos o estágio, o PAMGC já existia há alguns anos e estava sob os cuidados da GEASA e tinha uma lista de espera de 120 usuários. Foi realizada uma reunião entre a Coordenação da Atenção Básica e a Coordenação da Assistência Farmacêutica do município com o intuito de organizar o fluxo do PAMGC e expor os atuais entraves para o correto funcionamento do programa. Nesta reunião foram apontadas limitações na comunicação entre os dois setores, pois a gestão e o fluxo do programa se encontravam divididos entre as duas coordenações. Como encaminhamento desse espaço, definiu-se, em comum acordo, que a coordenação passaria a ser centralizada na CAF, a partir de outubro de 2019.

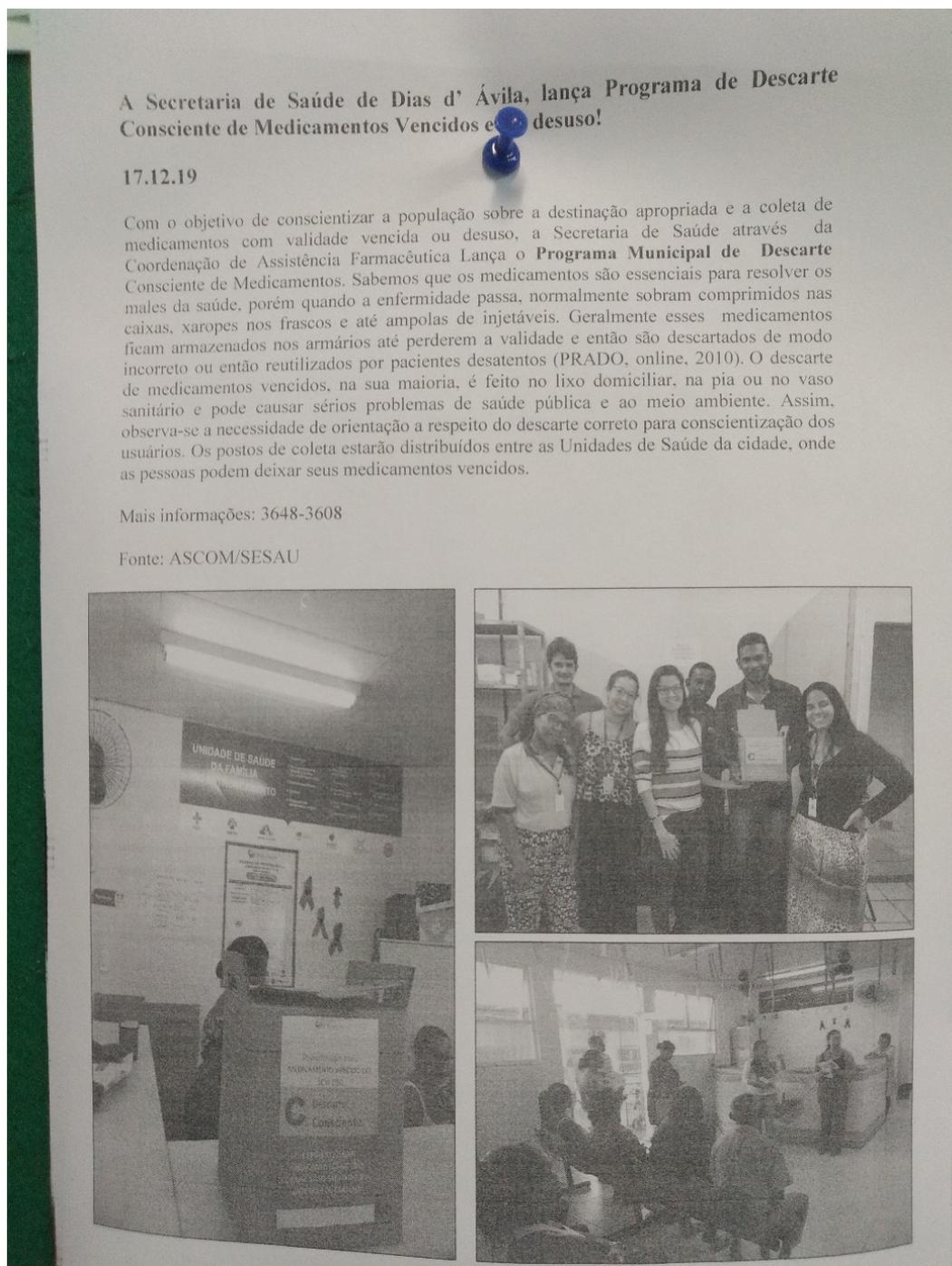
Do total de 214 usuários, após iniciado o monitoramento e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 85 usuários foram retirados do Programa, gerando a primeira lista de excluídos, o que resultou no total 129 pessoas no PAMGC. Além desse quantitativo, outros 120 usuários aguardavam na lista de espera, para serem contemplados. Desse modo, além do gerenciamento dos ativos, foi necessária uma “força-tarefa” para busca ativa desses usuários e identificação do perfil para inclusão ou exclusão da lista de espera.

A busca ativa iniciou-se através do contato telefônico com os 120 usuários. Entre os desafios dessa etapa, ocorreu que alguns contatos telefônicos não existiam mais, algumas ligações eram direcionadas para caixa postal, alguns números chamavam e não atendiam e alguns usuários já haviam falecido de acordo com informações de familiares, o que resultou numa busca exaustiva por esses motivos apresentados. Houve também relatos de usuários que diziam estar na lista de espera há aproximadamente 5 anos e ficaram contentes pela inclusão no Programa. A partir destes relatos começamos a refletir há quanto tempo existia aquela lista de espera e quantos usuários esperavam ser contemplados pelo programa e ainda, quais destes falecimentos tiveram como causa o Diabetes Mellitus.

Dos 120 usuários da lista de espera, 74 foram incluídos no PMAGC, gerando assim a primeira lista de inclusão para prosseguir com o monitoramento dos casos. Os polos de dispensação receberam por e-mail a lista atualizada com as novas informações. Para os 46 casos remanescentes, procedemos com a exclusão ou solicitação da busca ativa em suas casas pelos profissionais das USFs. Para isso, foi enviado CI para as USFs, bem como e-mails. Essa etapa configurou-se como mais um momento de entrave na identificação dos usuários da lista de espera, pois nem todas as USFs confirmaram recebimento do e-mail e nenhuma delas informou sobre a realização da busca ativa das pessoas cadastradas em seus territórios. Diante do insucesso na identificação dos usuários por parte dos profissionais das USFs, estes foram cadastrados no programa como ativos e uma nova solicitação foi encaminhada para as unidades para realização da busca.

Com o monitoramento regular do PAMGC, os usuários excluídos foram dando lugar aos novos. A lista encontra-se zerada (janeiro/2020) e com um total de 211 usuários ativos no programa e dispensação mensal de 17.550 fitas.

O estágio foi finalizado com sensação de dever cumprido, levando muito aprendizado na mochila da vida. O ambiente na CAF foi muito acolhedor, pois eles formam uma família e me fizeram parte dela. Trabalhar em um ambiente assim só ajudou e tornou mais prazeroso todo o processo.





Fonte: Arquivo pessoal

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora do fim de mais um ciclo, mais uma virada de página para o início de um novo capítulo. E revisitando o capítulo residência na vida de Maiana, o que ela vai colocar na mochila da vida? Muito aprendizado, com certeza. Aprendi não só sobre Saúde da Família, aprendi a conviver com as diferenças, convivendo com tanta gente, cada uma com suas particularidades, às vezes tão difícil de entender e aceitar, aprendi sobre o poder do amor e do que ele é capaz de fazer na vida de quem o recebe e de quem não recebe. Chorei, Sorri, fiquei com raiva, frustrada, me senti impotente tantas vezes, mas forte e poderosa outras vezes. Conheci pessoas de luz e de sombras.

O sentimento nesse fim do capítulo Residência é de gratidão, pois tive muita sorte em todo o processo. A começar pela escolha USF Entroncamento, uma verdadeira família, a melhor USF de Dias D'Ávila! Era uma delícia estar naquele ambiente, onde a sua dor era a dor do outro, a empatia imperava. Formamos um grupo de residentes da equipe mínima, 4 enfermeiras e 4 dentistas, muito unidas, perceptível a todos, não existia equipe 1, equipe 2, éramos uma unidade só e nos ajudávamos muito. Passamos por muitos problemas e nossa união só fortalecia diante de cada situação.

E assim encerro o capítulo residência com a mochila da vida cheia, somente de coisas boas, as ruins viraram aprendizado e foram deletadas de meu HD.

## REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10082/1/1999\\_art\\_iafbarreira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10082/1/1999_art_iafbarreira.pdf). Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 15 mar. 2020.
- BRASIL. **Lei Maria da Penha**. Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social**. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2018/agosto/creas-atende-quem-teve-direitos-violados-ou-esta-em-situacao-de-risco-social>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: 01 fev.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 12 fev. 2020.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201\\_clinica\\_ampliada.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html). Acesso em: 02 fev. 2020.
- BUGNON, Géraldine; DUPREZ, Dominique. As relações entre jovens infratores e a Polícia sob a ótica das lógicas penais, policiais e territoriais. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 46, n. 1, p. 165-198, jan./jun. 2015. Disponível em: [http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v46n1/rcs\\_v46n1a7.pdf](http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v46n1/rcs_v46n1a7.pdf). Acesso em: 01 fev. 2020.
- CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 34, n. 3, e00101417, Jun. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/393/o-conceito-de-vulnerabilidade-e-seus-sentidos-para-as-politicas-pblicas-de-sade-e-assistncia-social>. Acesso em: 07 Fev. 2020.
- DIAS D'ÁVILA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Dias D'Ávila**, 2018.
- FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.R. RA É GA,
- FERNANDES, Maria de Fátima Prado; KOMESSU, Janete Hatsuko. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 250-257, Fev. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100032&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 Dez. 2019.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA  
“GONÇALO MUNIZ”. **Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família**. Salvador, BA, 2018. Disponível em: [http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/3442/mod\\_resource/content/1/Projeto%20Pol%C3%ADtico%20Pedag%C3%B3gico%202018.pdf](http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/3442/mod_resource/content/1/Projeto%20Pol%C3%ADtico%20Pedag%C3%B3gico%202018.pdf). Acesso em: 07 Fev. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça; **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. P. 549. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 02 fev. 2020.

OLIVEIRA, Wellington Wagner de. **A importância das ações de promoção da saúde realizadas pelo enfermeiro na equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011. 37f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3169.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PIMENTA, Aparecida Linhares. Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.

QUEIROZ, Kátia. **Site de ONG**. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/conteudo/noticia/arquivo/384BB619-A577-6B44-55158CB799D9AB10.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 401-420, Dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-99962016000200401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962016000200401&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 Fev. 2020.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 Mar. 2020.