

INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTERPROFESSIONALITY IN PRIMARY CARE IN THE CONTEXT OF SOCIAL VULNERABILITIES: AN EXPERIENCE REPORT

doi 10.36977/ercct.v21i2.356

Relato de Experiência


Gabrielle Oliveira de Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6058-8091>

Lisandra Teixeira Rios²

 <https://orcid.org/0000-0003-4557-5118>

Lucas Nepomuceno Santos³

 <https://orcid.org/0000-0003-1811-1609>

Luisa Sousa Fialho⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-7035-4478>

Paulo Henrique Dias Quinderé⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-8470-1909>

Sabrina Braga Teixeira⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-8859-4226>

RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde assume papel de coordenador do cuidado a partir da compreensão da dinâmica dos determinantes sociais sobre a vida do indivíduo, sendo fundamental o surgimento de um perfil profissional que compreenda essas problemáticas. Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) surge para fortalecer a relação ensino-serviço-comunidade e estabelecer articulações com o território e a população assistida. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um grupo do PET em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado em um território de grande vulnerabilidade social, na cidade de Sobral-CE, no período de outubro a dezembro de 2019. Com a inserção dos bolsistas no CSF foi possível ter uma visão mais ampla sobre as condições de saúde da população e identificar os diversos problemas locais. Para isso, foram planejadas atividades, de modo que foi possível compreender, de forma integral, o processo de saúde-doença da população em questão, além de evidenciar a importância do trabalho em equipe dos diferentes profissionais para ampliar a capacidade de percepção e intervenção sobre a saúde. Portanto, o CSF constitui-se como uma importante ferramenta para a atenuação das vulnerabilidades sociais presentes no território, apesar de possuir fragilidades no que diz respeito à fragmentação do trabalho.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade Social.



Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia

www.uvanet.br/essentia

Recebido em: 17/06/2020

Aprovado em: 09/12/2020

Autor para correspondência:

Gabrielle Oliveira de Sousa

Rua Tulipa Negra, 2041, Parque Santa Rosa, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60763-005.

E-mail: gabioids63@gmail.com



Copyright (c) 2020 Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

¹Acadêmica do Curso de Odontologia. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: gabioids63@gmail.com

²Cirurgiã Dentista da Estratégia Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Sobral. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: lisandratrios@gmail.com

³Acadêmico do Curso de Medicina. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: lucas.nepos@gmail.com

⁴Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Sobral. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: luisafialho@yahoo.com.br

⁵Docente do Curso de Psicologia. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: pauloquindere@sobral.ufc.br

⁶Acadêmica do Curso de Educação Física. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: sabrinabragaedf@gmail.com

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care assumes the role to coordinate health care based on the understanding of the dynamics of social determinants on the individual's life, with the emergence of a professional profile that understands these problems being fundamental. In this sense, the Education through Work Program (Programa de Educação pelo Trabalho, PET) appears to strengthen the teaching-service-community relationship and establish links with the territory and the assisted population. The objective of this study is to report the experience of a PET group at a Family Health Center (FHC) located in an area of great social vulnerability in the city of Sobral, Ceará, during the period from October to December 2019. With the insertion of the fellows in the FHC, we could have a broader view on the health conditions of the population, and identify the various local problems. To this end, activities were planned so that it was possible to fully understand the health-disease process of the population in question, in addition to highlighting the importance of teamwork by different professionals to expand the perception and intervention capacity on health. Therefore, the FHC is an important tool for mitigating social vulnerabilities present in the territory, despite having weaknesses with regard to work fragmentation.

Keywords: *Interprofessional Relations. Primary Health Care. Social Vulnerability.*

INTRODUÇÃO

A integralidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Tais ações devem ser pautadas por meio da identificação dos determinantes sociais de saúde da população, nas práticas subjetivas e na articulação entre os serviços. Logo, no âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel de coordenador e ordenador do cuidado, estando organizada, segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF), em equipes multiprofissionais e tendo o trabalho em equipe como uma das suas diretrizes operacionais de trabalho (BRASIL, 2010).

Dessa forma, em saúde é consensual que as vulnerabilidades que acometem grupos em condições socioeconômicas desfavoráveis são importantes determinantes para desigualdades em saúde. Entendendo vulnerabilidade, no tocante à Saúde Pública, como o estado de sujeitos e comunidades em que as estruturas necessárias para as atividades de vida cotidiana têm influência negativa sobre os determinantes e condicionantes de saúde. Tais fatores são aqueles reconhecidos pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), citando alguns: a alimentação, a moradia, o saneamento básico e a educação. Assim, a redução de vulnerabilidades sociais está diretamente ligada à formulação e implementação de políticas públicas visando à redução das desigualdades (SUGUYAMA, 2017).

Logo, como protagonista do cuidado de realidades heterogêneas, a APS necessita de profissionais com olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, em que deve ser compreendida a

dinâmica dos determinantes sociais e os demais aspectos subjetivos que incidem sobre a vida do sujeito. Além disso, é necessário compreender que o binômio saúde-doença está relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida do ser humano (GABATZ, 2015; CARDOSO, 2007; FRENK, 2010).

Assim, o SUS torna-se importante para a formação desses profissionais, possibilitando uma formação em saúde centrada nas transformações das práticas profissionais, buscando problematizar os processos de trabalho e, com isso, potencializando o cuidado em saúde (CECCIM, 2004). Logo, é imprescindível um novo perfil profissional que seja capaz de acolher e resolver essas problemáticas (FRENK, 2010).

Conforme destacam Araújo et al. (2017), a interprofissionalidade associa-se à noção de trabalho em equipe de saúde, demarcada pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais.

Nessa perspectiva, em 2008, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que tem por objetivo fortalecer a formação dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na integração do ensino, serviço e comunidade, a fim de fortalecer a intersetorialidade, juntamente com a produção do conhecimento direcionado à Atenção Básica e à Atenção Primária, e assegurar maior qualificação na formação em saúde (BRASIL, 2008; CARVALHO, 2013).

Ao longo dos anos, o programa vem sendo expandido pelo país em diferentes versões, de modo que o município de Sobral, no Ceará, tem se apresentado como cenário de várias versões do PET-Saúde. A APS desse município tem sido reconhecida nacionalmente por sua organização, obtendo grandes avanços nessa área, tendo a sua ESF como referência de orientação do nível primário (ANDRADE, 2004). Em abril de 2019, a cidade de Sobral recebeu a versão do PET-Saúde/Interprofissionalidade que, atuando em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS), a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), tem por foco criar metodologias para a implantação da Educação Interprofissional (EIP) nos cursos de saúde e introduzir melhorias nas grades curriculares destes cursos.

Uma das facetas do programa PET-Saúde é viabilizar o contato da comunidade acadêmica com os profissionais que atuam nos mais variados

equipamentos de saúde, bem como estabelecer articulações com os territórios e com a população assistida. Para isso, o artigo objetiva descrever a experiência em um Centro de Saúde da Família (CSF) situado num território de grande vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um grupo do PET-Saúde/Interprofissionalidade, ocorrido entre os meses de outubro a dezembro de 2019, em um CSF localizado na cidade de Sobral, CE.

O município, historicamente, atraiu grandes contingentes populacionais devido ao seu processo de industrialização precoce, quando comparado ao restante do estado. A presença de instituições de ensino superior, como a Universidade Estadual Vale do Acaraú, um campus da Universidade Federal do Ceará e faculdades particulares, tornou a cidade também um polo universitário. A partir desse crescimento e com forte influência política no estado, o município passou a ser destaque em termos de planejamento urbano e gestão (MARQUES, 2017).

No entanto, esse grande adensamento populacional levou a uma ocupação desenfadada de lugares que não podiam oferecer condições mínimas de infraestrutura e moradia. Nesse contexto, o bairro onde se insere o CSF abordado surge por meio de investimentos em políticas habitacionais, constituindo-se como o maior empreendimento habitacional do interior do estado do Ceará. O conjunto habitacional é organizado em 18 quadras que se subdividem em blocos, além de possuir áreas para lazer e convivência como praças, quadras poliesportivas e áreas para comercialização, como o mercado de frutas (FREITAS, 2017).

Cinco anos após a entrega das primeiras unidades habitacionais, em 31 de julho de 2019 foi inaugurado o Centro de Saúde da Família em questão, sendo o maior inaugurado até o momento no município. A unidade conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família e três equipes de Saúde Bucal (ESB). As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, gerente, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas e atendentes de consultório dentário, além do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), atendendo a uma clientela de cerca de 10.000 pessoas.

Os sujeitos envolvidos nesta prática foram dois monitores dos cursos de Odontologia e Medicina, uma preceptora da categoria de Odontologia, três enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, uma nutricionista e uma educadora física.

As ações de planejamento ocorriam previamente com os demais membros do PET-

Saúde/Interprofissionalidade, a fim de embasar e programar as visitas ao CSF. Durante o período de atividades ocorreram visitas domiciliares junto à preceptora e à ACS, visita de conhecimento do território e de alguns de seus aparelhos sociais, como escolas, creches e mercado público. Também foi realizada observação da dinâmica da equipe, participação em grupos de vivência, conversa com os profissionais sobre interprofissionalidade e com os usuários sobre a visão destes quanto ao atendimento das várias categorias profissionais.

Foram realizadas atividades subdivididas em: visitas domiciliares, conhecimento do território, visita a uma escola municipal de ensino fundamental, observação da dinâmica e funcionamento da unidade, conversa com os profissionais para investigação de seus conhecimentos sobre EIP e conversa com os usuários.

Para uma melhor organização da descrição desta experiência, optou-se por dividir os resultados e as discussões em dois tópicos: "Atenção primária e território", abordando as experimentações do grupo do PET-Saúde no território junto às equipes de saúde e "Interprofissionalidade no contexto das vulnerabilidades sociais", discutindo o trabalho das equipes frente às vulnerabilidades deste território.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção primária e território

A experiência, a partir da inserção da equipe na unidade de saúde, possibilitou o reconhecimento das características geográficas e subjetivas pertencentes àquele território. Esse contato com os usuários permitiu um momento de reconhecimento da população assistida pelo serviço de saúde, bem como da socialização do grupo com os moradores daquela localidade. Com isso, no intuito de estabelecer essa vinculação com a comunidade, foi proposta uma aproximação com algum morador de referência, sendo realizada uma visita guiada com uma líder local pelos principais equipamentos sociais do bairro.

Durante o percurso, pôde-se conhecer estruturas como creche, escolas profissionalizantes e de ensino fundamental, mercado de frutas, além do reconhecimento dos diversos blocos de apartamentos pertencentes ao programa federal de habitação popular.

Curiosamente, os equipamentos com maiores zelos localizavam-se geograficamente nas áreas mais próximas à avenida que margeia o bairro onde o CSF está instalado. Tais equipamentos encontravam-se em bom estado de conservação, pois são obras relativamente novas e que promovem à comunidade lazer, trabalho e formação educacional. Já os que estavam em pior estado encontravam-se em locais mais distantes

dessa avenida. Essa divisão geográfica do território diz muito sobre as condições sociais dessa população, em que quanto mais adentra-se no conjunto habitacional, mais precárias são as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

De acordo com Santos et al. (2018), é por meio da proximidade com a realidade e os fatores que formam o território que podemos observar, questionar e analisar as condições sanitárias, bem como a rotina dos indivíduos. Nota-se que, por intermédio do contato cotidiano com o território, é possível refletir e identificar as suas fragilidades, competências e a forma organizacional, social e cultural, ou seja, por meio de uma concepção contextualizada e histórica compreende-se o modo no qual os indivíduos se estabelecem em seu meio social.

Dessa forma, observou-se que a organização sanitária produzida pela estruturação do sistema de saúde local, estabelecendo níveis de complexidade, permite que a Atenção Primária, por meio do CSF, possa adentrar no território em que os usuários vivem. Ação fundamental para fortalecer a atenção e o cuidado centrados no usuário, na família e na comunidade, identificando as vulnerabilidades do contexto social em que os indivíduos estão inseridos (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, em outra ação foi possível observar como se estabelece a relação dos usuários com as equipes de saúde da Atenção Primária. Em uma visita domiciliar realizada por uma ACS, dois monitores e uma preceptora do PET, a qual também é dentista da unidade de saúde em questão, a dois pacientes assistidos pela unidade de saúde, foi possível verificar *in loco* os condicionantes sociais envolvidos no cotidiano de vida das famílias residentes no bairro. A partir dessa aproximação foi possível identificar as condições socio sanitárias dessa população e, ao mesmo tempo, entender quais são as demandas de saúde da população adscrita. Notou-se ainda o papel-chave dos ACS para esse processo de intimidade dos demais profissionais da equipe para como os usuários e para com as especificidades do território.

Savassi (2016) pontua que a visita domiciliar (VD) é um momento de intimidade com o paciente e sua realidade, propício para que se realize um diagnóstico integral do adoecimento do indivíduo para além dos aspectos biológicos. Essa prática realizada por diversos profissionais de saúde necessita de sensibilidade para averiguar os espaços internos das residências e a rede de apoio social na qual este indivíduo está inserido, no intuito de propor intervenções mais condizentes com o contexto, tornando integral a atenção à saúde.

A partir do reconhecimento do território e da experiência das VDs, ficou bastante evidente uma série de vulnerabilidades e condicionantes sociais; dentre elas, chamaram a atenção os conflitos pelo controle do tráfico de drogas local. A presença

dessas facções afeta a organização espacial, o fluxo de pessoas, o comércio e, conseqüentemente, a busca por assistência à saúde daquela comunidade. Fato que ficou comprovado durante uma das vivências em que se identificou pouco trânsito de pessoas no horário comercial, geralmente bastante movimentado, por receio de conflitos, os quais se dão entre facções rivais de bairros fronteiriços, ocasionando constantes incursões policiais que produzem episódios de medo na população. No entanto, há uma boa circulação das equipes de saúde, pois é de compreensão comum que os cuidados em saúde são essenciais e prioritários.

Santos et al. (2018) destacam que o contato com o território aponta para os desafios sociais almejados pela comunidade, assim como para as suas potencialidades. A conformação social à qual as pessoas do território estão condicionadas permite que as equipes de saúde tracem novos modelos de práticas, ampliando a dimensão clínica para o cuidado contextualizado tal qual a vida ocorre e onde os processos de enfermidades, saúde e cuidados se produzem.

As diversas formas de adoecimento são produzidas nos espaços geográficos físicos e subjetivos nos quais se estabelecem as relações sociais. Desse modo, o conhecimento do território em saúde deve ser desenvolvido numa visão potencializadora, integrando os mais diversos conhecimentos produzidos para atuar conjuntamente com a comunidade assistida.

Assim, uma maneira de intervir sobre as iniquidades em saúde a partir da APS seria uma articulação entre os mais diversos conhecimentos e apostar numa prática voltada para o trabalho interprofissional.

Interprofissionalidade no contexto das vulnerabilidades sociais

Carmo e Guizard (2018) destacam que, embora haja uma imprecisão na definição do conceito de vulnerabilidade social na literatura científica brasileira, tal compreensão do vocábulo, no âmbito de saúde, passou a ser utilizada no Brasil nos anos 80. Nesse tempo, admitia-se que a susceptibilidade de contágio se devia a uma gama de fatores econômicos, sociais e culturais, para além do simples comportamento individual. Fatores que transcenderam ao biológico foram a tônica quando buscaram-se explicações para os comportamentos coletivos. Sendo assim, passaram a inserir-se no rol da compressão acerca das vulnerabilidades fatores como a produção de cidadania e estilos de vida, atrelados à justa distribuição de poder e conhecimento.

A imersão no cotidiano do território demonstrou uma importante marca da vulnerabilidade social experimentada pelos moradores e diagnosticada pelas equipes de saúde. Em virtude de o bairro ser um conjunto

habitacional construído pelo programa federal "Minha casa, minha vida", deslocou muitas famílias de áreas de risco social para morar no conjunto. O distanciamento dos espaços afetivos de origem produziu nas pessoas uma sensação de não pertencimento ao território, o que dificultou a apropriação dos equipamentos públicos sociais e de saúde, gerando nos moradores pouca identificação cultural com o local.

O desenraizamento da população, identificado pelas equipes de saúde, pode ter relação com as constantes disputas territoriais, gerando atos violentos que produzem sofrimento e dificultam a ação interprofissional em saúde, já que os profissionais acabam se sentindo mais seguros dentro do espaço físico das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal situação interfere diretamente nas ações que poderiam estar ocorrendo junto aos demais equipamentos sociais existentes no território.

Um dado importante a ser destacado é o fato de haver apenas poucos meses de implantação do CSF em foco, ou seja, a população era atendida em outras unidades de saúde próximas ao bairro e, muitas vezes, esses usuários não conseguiam se deslocar para ser atendidos em outros bairros devido aos constantes conflitos territoriais. Assim, muitas pessoas deixavam de ser assistidas e tinham seu direito de acesso à saúde cerceado.

Savassi (2016) afirma que as periferias urbanas possuem características específicas, o que exige dos profissionais de saúde uma interação de forma coesa com o território, já que a vulnerabilidade social, associada à violência local, demanda uma equipe que seja capaz de adaptar-se à problemática imposta pela realidade de vida daquela população.

As desigualdades sociais, educacionais, fatores econômicos e políticos, estão intimamente ligados a como se desenvolvem os processos de saúde de uma determinada população, carecendo de uma intervenção que suplante as práticas tradicionais em saúde, focadas na patologia, para ampliar a inserção de outros saberes e práticas no intuito de entrelaçar os conhecimentos, na intervenção, sobre os cotidianos de vida dos coletivos humanos organizados.

No contexto da APS, discute-se o fomento de atividades que se estabeleçam para além da cura e reabilitação. As ações de promoção e de prevenção devem ser estabelecidas pelas equipes de saúde que a compõem. Estas ações devem ser pensadas e geridas de forma interprofissional, integrando os mais variados conhecimentos produzidos na academia e em diálogo com a população, para pensar estratégias que se antecipem aos adoecimentos e aos agravos em saúde. Para isso, como já discutido acima, é necessário o conhecimento das características dessa população, bem como das suas principais vulnerabilidades sociais e de saúde.

Assim, uma das estratégias na Atenção Primária para que haja ampliação desse escopo de conhecimentos e de profissionais operando na saúde é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, que dá suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família. Em uma das ações deste núcleo, acompanhada pelo grupo do PET, observou-se que existem esforços para a implementação de uma prática produzida interprofissionalmente, apesar de fatores limitantes, tais como: a baixa adesão dos profissionais na realização de ações conjuntas e a sobrecarga nas agendas individuais.

Entende-se que a interprofissionalidade possui grande potencial para aprimorar o atendimento dos usuários e de sua família, uma vez que, no âmbito da saúde, pode ser entendida como um artifício que visa a integralizar o cuidado em todos os níveis do SUS, em que a APS seria a principal beneficiada da introdução dessa estratégia.

A interprofissionalidade e o consequente trabalho em equipe são uma das bases do trabalho em saúde, considerando as necessidades de saúde pertencentes a um objeto multidimensional que abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais (BARROS; SPEDACIO; COSTA, 2018).

Dessa forma, entende-se melhor que a assistência à saúde, por meio de ações interprofissionais das equipes de Atenção Primária (ESF e Nasf-AB), torna-se uma ferramenta imprescindível para a minimização das consequências das vulnerabilidades sociais, pois, no Brasil, a APS, um dos marcos de reorganização do sistema de saúde, tem como desafio romper com a lógica tradicional de assistência à saúde para que o cuidado seja baseado na família e no contexto social (COSTA et al., 2009).

Por fim, destaca-se o esforço dos profissionais de saúde que compõem a Atenção Primária do referido CSF em buscar ações que estejam ancoradas nas premissas do trabalho interprofissional e na compreensão dos aspectos sociais e subjetivos do território. Tal observação evidencia-se pelo esforço reconhecido pela população local assistida, que atribui como satisfatórias as ações realizadas até o momento pelos profissionais do CSF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, observa-se que, em termos de cuidado em saúde, o bairro está sendo satisfatoriamente atendido, pois nota-se que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde gera uma boa capilaridade no bairro, fazendo com que mais pessoas sejam assistidas de forma integral, articulando o processo de saúde-doença aos contextos sociais envolvidos.

Por fim, destaca-se que há um potencial no respectivo CSF para a implementação do trabalho interprofissional, sendo uma importante ferramenta que gera maior eficiência e qualidade no atendimento, reduzindo as iniquidades em saúde e atenuando as vulnerabilidades sociais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. A. M; et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295> Acesso em: 15/10/2020.

BARROS, N. F; et al. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 163-173, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500163&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: 21/05/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm Acesso em: 25/05/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial n.º 1.802 de 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html Acesso em: 26/05/2020.

CARDOSO, J. P; et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 20, n. 4, p. 252-258, out. 2007. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/1035> Acesso em: 15/05/2020.

CARMO, M. E; et al. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00101417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000303001&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23/05/2020.

CARVALHO, Y. M. et al. Formação e educação em saúde: aprendizagens com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Eds). 2. ed. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 137-170.

CECCIM, R.B; et al. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14/05/2020.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017> Acesso em: 24/05/2020.

FREITAS, A. J. L; et al. Alguns territórios em Sobral: o imaginário da violência e do medo (2014-2016). In: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XIX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, 2017, Fortaleza. *Anais eletrônicos...* Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://www.portalintercom.org.br/anais/nordeste2017/resumos/R57-0237-1.pdf> Acesso em: 15/05/2020.

FRENK, J; et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext) Acesso em: 15/05/2020.

MARQUES, G. O Programa Minha Casa Minha Vida e suas implicações na reestruturação das cidades médias e dos centros regionais: estudo de caso em Sobral, Ceará. In: ENANPUR – Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, XVII, 2017, São Paulo. *Anais eletrônicos*, São Paulo, 2017. 19 p. Disponível em: http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Sesseoes_Tematicas/ST%205/ST%205.5/ST%205.5-04.pdf Acesso em: 15/05/2020.

SANTOS, J. O. et al. Territorialização em saúde: movimentos de desconcertância, descoberta e alegria de um território vivo. In: 13º Congresso Internacional Rede Unida, Porto Alegre, 2018. *Anais...* Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/4051> Acesso em: 15/05/2020.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259) Acesso em: 25/05/2020.

SUGUYAMA, P; et al. Famílias em território vulnerável e motivos para o não uso de drogas. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem, v. 19, p. 1-10, 2017.
Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38380>.
Acesso em: 23 de maio de 2020.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....