



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AS CONTRIBUIÇÕES SIGNIFICATIVAS DAS MICROINTERVENÇÕES
PARA TRANSFORMAÇÕES DE PRÁTICAS NA UBS LAGOA DO MATO NO
MUNICÍPIO DE ITATIRA-CE.**

RAKEL DE CASTRO EVANGELISTA

NATAL/RN
2021

AS CONTRIBUIÇÕES SIGNIFICATIVAS DAS MICROINTERVENÇÕES PARA
TRANSFORMAÇÕES DE PRÁTICAS NA UBS LAGOA DO MATO NO MUNÍCIPIO DE
ITATIRA-CE.

RAKEL DE CASTRO EVANGELISTA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2021

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo mostrar como pequenas burocracias podem gerar grandes problemas no contexto social da população da **UBS 6** de Lagoa do Mato em Itatira, Ceará. O objetivo é trabalhar para a mudança com pequenas atitudes que podem impactar fortemente na forma de fazer Saúde, melhorando a qualidade de vida e o acesso das pessoas ao posto de saúde. Com isso, usamos como principal método a roda de conversas com os profissionais a fim de identificar o que era possível fazer com os poucos recursos que temos a fim de melhorar mais nossa atuação. Com isso, conseguimos união e confiança uns nos outros, tornando a equipe mais unida, onde cada um tem voz e vez para falar e debater, aumentando nossa confiança como promotores de saúde da nossa microárea. Por fim, a experiência tem sido rica até agora, e fazer parte de pequenas, mas importantes mudanças, traz a sensação e a certeza de que para melhorar a Saúde não precisa somente de dinheiro e grandes recursos, mas boa vontade e determinação.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	07
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
5.REFERÊNCIAS.....	14

1. INTRODUÇÃO

Itatira é um município localizado no Sertão Central, na macrorregião de Canindé, cujo clima é semiárido. Fica a 188km de Fortaleza, a capital do Ceará, a cerca de 2h de carro e 5h de ônibus. A maior parte da renda das pessoas vem da agricultura e pecuária. Seu IDH é 0,569. Trata-se de uma cidade com cerca de 22 mil habitantes, onde 58% dessas pessoas recebem auxílio do Programa Bolsa Família (PBF) de acordo com os dados disponibilizado no portal da transparência do Governo Federal, atualizado de abril de 2021, correspondendo 3561 famílias, mais de 70% da população recebe até meio salário mínimo. Dessa forma, podemos classificar como um município de extrema pobreza, onde as desigualdades são um verdadeiro desafio à equipe de saúde que deseja fazer a diferença, pois trabalhamos com poucos recursos financeiros e materiais, em uma cidade onde a mortalidade infantil ainda é alta para os padrões nacionais, o acesso à educação de qualidade é fraco, o saneamento básico é praticamente inexistente e o tráfico de drogas está em ascensão.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) 6 de Lagoa do Mato, distrito na área urbana do município de Itatira, com boa parte de sua população adscrita em zona rural bastante distante da sede do posto de saúde. O acesso das pessoas localizadas na zona rural, distrito de São José dos Guerras e Oiticica é bastante prejudicado pela distância e dificuldade de acesso pela estrada de terra batida, com muita poeira e sol forte característico dessa região. A UBS 6 possui equipe completa, com médico, enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, dentista, técnico de saúde bucal, 6 ACS, além de equipe de suporte, com recepcionista, auxiliar de serviços gerais e vigia.

Quando cheguei ao município através do Programa Mais Médicos (PMM) pude perceber uma população bastante carente de atenção e cuidados, muito desconfiados e inseguros com a possibilidade de mudanças bruscas de profissionais como ocorreu com os outros profissionais anteriores a mim. Além disso, encontrei uma estrutura muito burocrática, onde as receitas deveriam ser carimbadas sempre por mim. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) exigia sempre muitos documentos tanto do médico quanto dos pacientes para poder liberar medicações simples e procedimentos. O acesso aos serviços era sempre muito difícil, onde necessitava falar com várias pessoas e pedir favores para socorrer com mais celeridade os pacientes mais necessitados de atenção.

Observei que os desafios eram grandes e cada vez surgiam mais problemas a serem resolvidos à medida que ia conhecendo o serviço mais a fundo. Dessa forma, decidi iniciar por medidas mais simples, em que poderia agir com mais celeridade a fim de facilitar a vida dos meus pacientes, e, por consequência, da equipe, como facilitar o acesso a métodos preventivos de controle de natalidade, pois eram sempre exigido receita médica carimbada, o que era sempre um problema, pois os pacientes mais vulneráveis se sentiam envergonhados de pedir receitas desse tipo à equipe. Observei que tal burocracia era apenas um das muitas em que os

serviços de saúde estavam submetidos.

Além disso, observamos problemas maiores, em que era necessários esforços além da nossa competência, como o auxílio da assistência social para os idosos e outros grupos vulneráveis, porém tal serviço é extremamente deficiente. Alguns problemas que nos eram expostos durante as visitas domiciliares, como apoio da família nos casos mais graves e até a judicialização de alguns dos casos, estavam necessitando de apoio da equipe de assistência social, pois, apesar dos esforços da equipe em tentar apoio dos familiares, até dos que moravam fora da do município, em muitos casos nos eram negados devido à fragilidade do vínculo familiar e da situação de abandono em que esses pacientes se encontravam.

Nosso objetivo ao observar esses problemas foram melhorar o acesso das pessoas, desburocratizando o alcance a serviços simples, como acesso a camisinhas. Nosso foco foi ampliar o acesso, principalmente, de adolescentes a esses métodos, já que a incidência de gravidez em jovens adolescentes no município de Itatira ainda é muito grande. Além disso, buscamos apoiar da melhor forma os idosos domiciliados em situação de maus tratos ou negligência, o que observamos ser algo extremamente comum em nossas visitas domiciliares. Muitos deles eram vítimas da própria família, que usufruíam de seu auxílio financeiro, como aposentadorias e pensões, porém não dedicavam praticamente nenhum apoio aos donos desse dinheiro.

Tal trabalho mostra de forma mais simples e dinâmica algumas das intervenções que realizadas nessa UBS durante minha vivência de trabalho. Estão descritas duas microintervenções, em que descrevi a problematização, o projeto junto à equipe de saúde, e o planejamento para resolução. Espero que tais esforços possam perdurar e serem melhorados pela equipe que vier em seguida a mim, pois foram idealizados e projetados com muito carinho para essa população que merece muito mais do que lhe é ofertado.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Micro 1- Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puérperio.

Introdução

O planejamento familiar é fundamental para a população como um todo. Pessoas que tem empoderamento de decidir quando e com quem querem engravidar é fundamental em vários aspectos, desde os de âmbito individual: como saúde mental e física, indo para o âmbito familiar, gerando estabilidade neste núcleo, até o coletivo, quando há estabilidade econômica, sanitária e social daquela população.

Porém há várias barreiras que encontramos para chegar nesse objetivo, desde a desinformação, resistência da população a um novo saber e comportamento, até questões territoriais, em que a equipe de saúde não alcança aquelas pessoas, dentre muitos outros.

Na área da equipe de Saúde da Família (eSF) 6 de Lagoa do Mato, ocorre há vários anos casos de gravidez na adolescência. Apesar das intervenções já realizadas em escolas e na comunidade, não se observou diminuição dos casos e cada vez mais se registra jovens engravidando de namorados ou parceiros, muitos dos quais, também muito jovens e imaturos, gerando ainda mais instabilidade no eixo familiar, em geral, já muito sofrido pela baixíssima condição econômica.

Metodologia

Em reunião com a equipe de saúde, procuramos discutir e refletir sobre os motivos da falta de êxito nas campanhas passadas, que eram restritas a aulas e rodas de conversas em sala de aula sobre saúde sexual e planejamento familiar. Como se trata de um município de extrema pobreza, fora da realidade de onde cresci, procurei entender com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e o resto da equipe o que se passava inclusive na história de vida de cada uma, já que temos funcionárias que passaram pela gravidez na adolescência. Desse modo, elencamos os pontos chave levantados na discussão na perspectiva de elucidar algumas justificativas para a situação e chegamos ao resultado que se segue:

1. Negação dos pais e responsáveis a discutir assuntos relacionados à sexualidade
2. Vergonha de abordar o assunto com pessoas adultas
3. Questões religiosas
4. Vergonha dos adolescentes em ir ao posto de saúde e serem vistos por conhecidos
5. Responsáveis não aceitarem ter produtos em casa como camisinhas ou anticoncepcionais orais

Dessa forma, entendemos que os adolescentes tem curiosidade e querem saber sobre o assunto, fato observado nas rodas de discussão nas escolas, porém há a barreira familiar que os impedem de buscar o auxílio de que precisam. Por se tratar também de uma cidade pequena, onde todos se conhecem, acaba que se torna inconcebível para os adolescentes comparem eles

mesmos os preservativos ou anticoncepcionais, pois quem venderia, também saberia do que estava acontecendo e haveria a possibilidade do acontecimento se tornar público.

Chegamos então à conclusão de que teríamos que chegar até eles e não os fazer chegar a nós, principalmente devido ao bloqueio familiar. E, assim decidimos que deixar disponível uma caixa com preservativos para livre demanda já seria um bom começo, sem a necessidade de deixar na farmácia necessitando de receita do médico ou enfermeiro para a retirada. Como estamos em período de vacinação, decidimos deixar uma caixa cheia de preservativos na entrada da Unidade Básica de Saúde (UBS) para quem quiser pegar a quantidade que lhe conviesse.

Além disso, decidimos focar bastante nos seminários sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e orientar às adolescentes que quisessem conversar e tirar dúvidas poderia ir ao posto conversar conosco e no encontro seria chamada a ACS da área e se fosse necessário, seria prescrito o anticoncepcional e as ajudaríamos com suas dúvidas.

Resultados

A caixa de camisinhas masculinas foi uma estratégia muito bem aceita, já que não é necessário haver identificação, as pessoas vão, pegam a quantidade que querem e saem sem precisar prestar contas. Desde adolescentes a pessoas da terceira idade estão se beneficiando dessa ação, apenas a recepcionista da UBS é a única pessoa que fica no mesmo ambiente em que está a caixa e já observou vários adolescentes nos dias de campanha de vacinação e fora dos dias de campanha pegarem seus preservativos.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) apoiou a ideia de aumentar a quantidade de preservativos disponíveis e a iniciativa foi muito bem recebida pela equipe de farmácia da Secretaria.

Observou-se ao longo desse processo mais adolescentes em busca de anticoncepcional oral e contamos com o apoio das ACS's que estão mais próximas à população e tem vínculo com o território que ajudam a chegar às adolescentes para sanar suas dúvidas e trazendo a demanda ao posto em busca de anticoncepção.

Resultados alcançados

Ainda é muito cedo para avaliarmos o real impacto das nossas intervenções e sabemos que provavelmente teremos muito a fazer em relação ao principal fator que impede que a equipe faça o seu trabalho de forma mais efetiva, que é a falta de informação, a qual está enraizada no fator cultural das pessoas mais velhas, algo que é muito difícil de mudar em pouco tempo. Esperamos, contudo que os índices de gravidez na adolescência que na nossa área que se encontra em torno de 40% do total de gestantes, caia de forma considerável com o passar do tempo.

Continuidade das ações

As ACS colaboraram bastante na disseminação de informações durante as Visitas Domiciliares (VD). Nosso próximo passo é a elaboração de uma cartilha e entregar em mãos ao nosso público alvo, além de recrutar as adolescentes para consultas de acompanhamento oficialmente, onde poderemos abordar os temas relevantes e fortalecer o planejamento familiar no território.

Considerações finais

O que fizemos ainda é pouco, mas vimos que a população, inclusive o público alvo da intervenção acolheu a ideia. A VD das ACS's nos domicílios abordando as mães e orientando sobre a temática da sexualidade e convidando os adolescentes para conversar sobre o assunto e estando disponível e acessível na comunidade, mostrou-se uma forma bastante eficaz de chegarmos ao nosso objetivo final. Pensamos em otimizar de alguma outra forma essa abordagem a fim de trazer nosso público alvo ao posto de saúde num futuro próximo, sendo agente ativo no cuidado de sua saúde sem outras interferências nesse sentido.

Esperamos ter outras ações para otimizar nossos resultados a fim de que a população adolescente feminina não seja vítima da falta de informação e do preconceito dos mais velhos, o que é incongruente nos dias atuais, pois pode-se acessar conteúdo de valor sobre a temática em questão telefones e computadores.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Micro 2 - Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento

Introdução

O cuidado continuado da criança desde o nascimento até o seu completo desenvolvimento neuropsicomotor é de fundamental importância não só apenas no quesito sanitário, mas também na esfera econômica de uma nação bem sucedida. Políticas de acolhimento de crianças em situação de negligência e abuso são fundamentais para encerrar o ciclo e a não perpetuação da violência na sociedade.

Sabe-se que crianças que vivenciam tais situações, podem perpetuar os casos de violência na sociedade, dificultando paulatinamente ações de esfera educacional, sanitária e socioculturais para por fim a esse ciclo.

Devido a isso, necessita-se de que haja atividades inter-relacionadas com as esferas sanitárias, poder público executivo, educacional, e principalmente, de serviço social. Dessa forma, teríamos um acolhimento, tratamento, e reintegração dos casos abordados, além de prevenir casos novos. Ou seja, necessita-se de uma rede de cuidados para que possamos garantir uma eficiência nos atendimentos.

Metodologia

Durante os atendimentos, pude ver que as crianças e adolescentes em geral vivem situações de descuido e abandono emocional, físico, o que pode gerar em muitos casos a vulnerabilidade ao extremo para agressões físicas e sexuais de familiares e conhecidos.

A missão principal nesse ponto é identificar de maneira mais eficaz casos assim, tanto nas Visitas Domiciliares (VD) como nas consultas.

Toda a equipe foi mobilizada para que identificássemos sinais de alerta para tais casos, tanto na recepção, no atendimento de enfermagem, atendimento médico e VD, mas principalmente, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's) tiveram papel fundamental na identificação dessas crianças e adolescentes, visto que se encontram mais inseridas na vivência da comunidade.

O principal método usado foi orientar a equipe sobre quais sinais de alarme das situações acima apresentadas para por em prática para nossa intervenção. Fizemos através de uma roda de conversa, onde debatemos o assunto, levantando os principais tópicos que necessitam de atenção na nossa área.

Resultados

Conseguimos identificar muitos casos de vulnerabilidade em que pudemos levar ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Abordamos casos de violência doméstica com abuso físico e psicológico, negligência, dentre outros. Porém esbarramos como a ineficiência do sistema e poder público. Nenhum dos casos era levado adiante pelo CMDCA. Em alguns casos tivemos que ir pessoalmente a este órgão, inclusive

seguidas vezes, pedir que fosse feito algo. Porém o CMDCA não tinha nenhum profissional com conhecimento das legislações e também, não havia nenhum profissional de assistência social no conselho municipal, funcionando como cabide eleitoral da prefeitura.

Infelizmente muitos casos que necessitavam de intervenção mais especializada do Estado não puderam ser abordados devido à ineficiência do sistema.

Essa realidade foi levada por várias vezes ao secretário de saúde em vigência, porém este se mostrava inapto a resolver tal situação. Anexamos todos os casos e solicitações, assim como as notificações ao conselho tutelar em prontuário.

Visto que o CMDCA não poderia nos ajudar, resolvemos utilizar o serviço do CAPS da cidade, que conta com equipe de assistência social interessada em resolver os problemas da comunidade para acolher da melhor forma possível as crianças e adolescentes, inclusive os adultos, em situação de vulnerabilidade. Relatando nossa situação com a equipe do CAPS fomos bem recebidos em nossas demandas e nossos paciente puderam ter acolhimento em suas queixas e suporte com equipe de psicologia, psiquiatria e com a assistente social tentatndo com o CMDCA alguma melhora nos seus serviços.

Resultados alcançados

Infelizmente teremos que esperar a mudança de gestão municipal para que possamos tentar intervir de alguma forma. O melhor que podemos fazer é na esfera direta com acolhimento dos casos mais simples. Por exemplo, recebi um paciente de 2 anos, masculino, com anemia importante (hemoglobina 6,9), vivendo em situação de extrema pobreza, com alimentação basicamente de farináceos e leite de vaca diluído em água. Sua melhor fonte de proteína eram os ovos. Pais bastante ausentes, com cuidados de higiene bastante precários. Paciente sem alterações sistêmicas que pudessem levá-lo ao atendimento de urgência. Fiz acompanhamento intensivo com esse paciente com oferta de Sulfato ferroso e hemogramas mensais, além de solicitar pessoalmente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) cesta básica e cuidado multiprofissional com psicologia e pediatra no Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF). Atualmente o paciente está ganhando peso e com correção do quadro de anemia para parâmetros de hemoglobina normal.

Porém, com o auxílio do CAPS, pudemos dar acolhida aos pacientes mais vulneráveis, inclusive que se encontravam há muito tempo sem suporte psicológico recorrente para suas demandas, visto que o serviço do NASF do município é sobrecarregado e a psicóloga não pode dar continuidade ao atendimento continuado da maioria dos pacientes. Vimos no CAPS uma possibilidade de melhoria dos atendimentos e fomos muito bem recebidos.

Continuidade das ações:

Infelizmente sem uma rede de atenção capacitada e séria, comprometida com a causa, nossos pacientes se encontram em uma situação crítica em que não podemos resolver o problema em seu cerne, uma vez que a cadeia exige procedimentos técnicos de cada ponto.

Esperamos que, com a mudança de gestão, esse quadro possa mudar, para que recebamos profissionais realmente comprometidos com a causa e a mudança de vida dessa população tão necessitada de tudo.

Contamos atualmente com cuidados psicológicos fornecidos pelo NASF, mas encontramos no CAPS um apoio realmente importante e de grande valia para suporte desses pacientes, além de cuidados continuados em consultório com profissionais psicólogos e psiquiatra. Sempre solicitamos cuidado continuado com psicoterapia semanal ou quinzenal e somos bem atendidos em nossas demandas. O comprometimento do CAPS é tamanho que quando tenho situações de pacientes que não conseguem sair de casa, eles recebem a visita do psicólogo e assistente social de lá em visita domiciliar, o que facilita muito para os pacientes domiciliados.

Considerações finais

O município de Itatira é classificado como de extrema pobreza, em que uma parcela grande da população é acolhida por políticas assistencialistas diretas e indiretas dos órgãos municipais, estaduais e federais para subsistir com alguma dignidade.

É um município que enfrenta muitos casos de gravidez na adolescência, tráfico de drogas, abuso de álcool, além de violência doméstica.

Durante minha estadia no posto de saúde 6, pude notar a grande quantidade de casos de abuso físico, psicológico e sexual tanto de crianças, como adolescentes, mulheres, idosos e enfermos psiquiátricos, ou seja, a parcela da população sabidamente mais vulnerável.

Durante as VD posso presenciar com profunda tristeza casos assim, porém encontro muita dificuldade de intervir, principalmente devido à ineficiência do órgão principal de acolhimento e que pode, de fato, fazer algo mais permanente para casos assim, o CMDCA. A gestão municipal é marcada por nepotismo e cabides eleitorais e infelizmente, o conselho tutelar tem como figura principal alguém que não tem relação nenhuma com o serviço social, desconhece as políticas públicas e não leva as demandas do município que lhe cabem adiante. No último caso levado lá, a responsável pelo órgão disse que não sabia o que poderia fazer. Levamos então a nova gestão as nossas demandas e estamos aguardando uma resposta quanto a isso.

O CAPS com o seu serviço social e equipe psicológica se tornou nosso principal ponto de apoio e luta para melhoria da saúde desse grupo de pacientes. Encontramos acolhida para nossas demandas e alento para os pacientes, que podem ter sua dor compartilhada com profissionais. Dessa forma, pudemos aplicar o conceito de curar quando possível, aliar quando necessário, mas consolar sempre. E foi isso que fizemos.

Desse modo, continuamos na vigilância e identificação dos casos, porém necessitamos de rede de suporte para dar continuidade ao cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração dos projetos de microintervenção a equipe de saúde se mostrou muito feliz em saber que parte da minha preparação e especialização abordavam mudanças com melhorias permanentes à população e não somente os atendimentos corriqueiros. Senti que meu trabalho ia muito além do consultório e rotina médica. Ia além do saber técnico. Meu trabalho era deixar minha marca nesse posto, o qual tenho muito carinho a todos os que trabalham e frequentam.

As idéias que me eram lançadas durante minha especialização me lançaram para um imaginário em que eu deveria fazer mais e muito além do que me era proposto. Procurei inclusive trabalhar em outros aspectos, como melhoria do acolhimento, que estava desorganizado. O paciente era quem demandava o profissional, mesmo que sua queixa pudesse ser atendida por outros profissionais, como técnicos de enfermagem e enfermeiro.

Atuei com a equipe para atender de forma mais rápida os que necessitavam de atendimento sem expor ao ambiente do posto de saúde durante a pandemia. Dessa forma fiz atendimentos de telemedicina e tive apoio das ACS para fazer o link entre idas e vindas de exames, receituários e outros documentos aos pacientes.

Atuei ativamente junto à Secretaria de Saúde para que ela bancasse mesmo de forma particular os exames de imagem aos pacientes com casos de câncer, para que eles não esperassem na fila de atendimento da SMS, que estava parada devido à pandemia.

Quanto aos projetos de microintervenção que elaborei e descrevi neste trabalho, acredito que o primeiro, o de facilitar o acesso da população a camisinhas sem que fosse necessário buscar receitas médicas carimbadas, será mais fácil de manter de forma permanente, já que a população e a equipe já se adaptou ao projeto, e é muito mais simples de manter. Já o segundo, espero que em breve o município possa melhorar a atuação da equipe em atuação, para que esta esteja mais engajada nos problemas a que deve atuar e possamos desafogar o serviço do CAPS, que tem nos ajudado de forma maravilhosa, mostrando muito boa intenção e vontade de fazer a diferença.

Pretendo lançar a idéia a SMS local de que complemente a equipe de cada posto com uma profissional de assistência social, pois nossa necessidade, não apenas em nossa UBS, mas acredito que em todas as outras, seja imensa, com tantas demandas a essa população, que em geral é tão carente.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

IINSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) comp.). **índice de desenvolvimento humano de Itatira, Ceará.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/itatira/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>. Acesso em: 22 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Usuários recebedores do benefício Bolsa Família em Itatira, Ceará, no período de dezembro, 2020.** 2021. Disponível em:

<http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios/bolsa-familia?uf=CE&municipio=17898&de=01/12/2020&ate=31/12/2020&tipoBeneficio=1&nomeMunicip>
Acesso em: 22 abr. 2021.