

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**DANIELA TOZZI RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DAS  
EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO ELABORADO A  
PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DE AVALIAÇÕES DO PMAQ**

**PORTO ALEGRE  
2015**

**DANIELA TOZZI RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DAS  
EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO ELABORADO A  
PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DE AVALIAÇÕES DO PMAQ**

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos  
Teixeira

**PORTO ALEGRE  
2015**

**DANIELA TOZZI RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DAS  
EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO ELABORADO A  
PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DE AVALIAÇÕES DO PMAQ**

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Orientadora

---

Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla

Avaliador

## RESUMO

O presente trabalho discute as questões relativas à territorialização e à população de referência no âmbito da atenção básica a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, considerando as respostas dadas pelos profissionais no módulo II do instrumento de avaliação durante o primeiro ciclo do programa. A análise dessa temática é significativa e possui o intuito de verificar a organização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais a fim de identificar os riscos e vulnerabilidades apresentadas por cada população para que as intervenções de saúde sejam mais eficientes e eficazes.

A metodologia utilizada se refere à verificação das questões elaboradas no PMAQ, as quais transformaram-se em variáveis de um banco de dados criado no Programa Excel<sup>®</sup>. A análise estatística desses dados foi transportada para o Programa SPSS<sup>®</sup> (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.

Os resultados demonstram o quanto alguns aspectos sobre a territorialização ainda são pouco explorados. Os dados também refletem o quanto é frágil o acesso aos serviços para a população que não é referenciada. Além disso, também inexistem olhares para peculiaridades do território que deveriam ser consideradas para a devida caracterização da população e dos problemas de saúde por ela enfrentados.

**Palavras-chave:** territorialização; população de referência; atenção básica; PMAQ.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde pública (BRASIL, 2012). Segundo Mendes (2002), o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza-se sob um substrato territorial. Esta organização pautada na territorialização é fundamental para o planejamento das ações de saúde na atenção básica, pois permite que as práticas de saúde e os processos de trabalho estejam engajados com as necessidades de saúde da população que será atendida. Assim, a territorialização é uma sistematização capaz de delinear uma nova configuração loco-regional que considere as relações, as condições de vida e o acesso à saúde (Teixeira et al., 1998).

A partir da territorialização, as unidades atuam com populações demarcadas no território conhecidas como áreas adstritas. Tal disposição espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo um território de atuação dos agentes comunitários de saúde - as microáreas -, a das equipes de saúde da família - as áreas -, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde (Mendes, 2002). Estas áreas expressam as complexidades de saúde existentes, e a partir desse contexto podem-se planejar ações de saúde necessárias a satisfazer determinada população. O conhecimento sobre o território onde está situada uma unidade de saúde permite uma melhor caracterização da população e dos problemas de saúde a serem enfrentados.

Com vistas a contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira, o Ministério da Saúde (MS) tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2012). Neste contexto, se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no MS. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa avaliação gerará um escore que conforme as regras da portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, e com as alterações instituídas pela portaria 866, de 03 de maio de 2012,

resultará numa certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo MS.

O PMAQ avalia várias questões relacionadas ao processo de trabalho na atenção básica, dentre estas questões temos a avaliação do processo de territorialização. O presente trabalho irá analisar os resultados das questões relativas à territorialização e à população de referência, a partir do questionário aplicado aos profissionais de saúde, durante o primeiro ciclo de avaliações do PMAQ, módulo II (BRASIL, 2012a).

Cabe destacar que a territorialização como objeto de estudo se revela pertinente quanto aos diversos sentidos que assume. O território não se expressa somente pela demarcação das áreas de atuação dos serviços; mas como um espaço vivo de (re)conhecimento da população e da dinâmica social envolvida. A territorialização também permite a integralidade das ações de atenção, promoção e prevenção para que essas estejam voltadas para as condições de vida e para impactar os níveis de saúde através do cuidado ofertado pela atenção básica.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e descritivo. Neste trabalho, serão analisadas as questões relativas à territorialização e à população de referência pertencentes às equipes de atenção básica. Segundo Chizzotti (2000), estudos observacionais têm por finalidade ver e registrar, sistematicamente e fielmente, fatos e circunstâncias em situações concretas que foram definidas de antemão e que estejam ligados ao problema de estudo.

A Pesquisa ocorreu no ano de 2012 nas cinco regiões do país, em estabelecimento de saúde que realizavam atenção primária em saúde.

A população do estudo é formada por todos os profissionais de nível superior selecionados em comum acordo com a equipe para responderem ao instrumento. A amostra, por sua vez, são os profissionais destes estabelecimentos de saúde que aderiram ao PMAQ módulo II, que correspondem a aproximadamente 15.000 respondentes.

Os dados foram coletados diretamente nos estabelecimentos de saúde por pesquisadores de campo vinculados às universidades que compuseram a rede de pesquisa associada ao PMAQ (PINTO, 2014), no ano de 2012.

O questionário do Módulo II foi aplicado para o profissional de referência indicado pela equipe para ser respondido no dia da avaliação externa. A fonte de pesquisa a ser utilizada será a base de dados secundária originada do 1º Ciclo de Avaliações que “consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB” e para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012a). Esta fase é denominada de Avaliação Externa e é composta por questões ordenadas em três módulos. Serão utilizadas questões do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), referentes a temática da territorialização e da população de referência das equipes com intuito de verificar a organização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais afim de identificar os riscos e vulnerabilidades apresentadas por cada população para que as intervenções de saúde sejam mais eficientes e eficazes. Serão consideradas as seguintes questões do módulo II do instrumento de avaliação:

- a) Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?

b) A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?

c) Existe definição da área de abrangência da equipe?

d) A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência? (Se não, ou não sabe/não respondeu, passar para a questão II. 13.7)

e) O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens? (Esta questão pode ter mais de uma resposta: sinalização das microáreas do território; sinalização de grupos de agravos – diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros; sinalização das áreas de risco – áreas de violência, com precárias condições sanitárias; zonas de risco – encostas, morros, loteamentos irregulares; sinalização dos equipamentos sociais – comércios locais, igreja, escola e outros; sinalização das redes sociais – grupos de mães, grupo de idosos, conselho local, associação de moradores e outros; condições étnicas – quilombolas, indígenas, população do campo e da floresta e outros; condições socioeconômicas e outros).

f) Quando foi realizado o último mapeamento da área de abrangência da equipe?

g) Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?

h) Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua equipe são atendidas por esta equipe?

As questões elaboradas no PMAQ transformaram-se em variáveis de um banco de dados criado no Programa Excel<sup>®</sup>. Para conduzir a análise estatística deste artigo, os dados foram transportados para o Programa SPSS<sup>®</sup> (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.

A análise estatística foi realizada respeitando-se as características das variáveis. Dados categóricos são apresentados por frequências e percentuais. Para os dados contínuos, as variáveis que apresentaram distribuição normal são apresentadas em média  $\pm$  desvio-padrão.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 21.904/2012).

### 3 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os resultados quanto à territorialização para as unidades que participaram do primeiro ciclo em todo o Brasil no ano de 2012. As equipes possuem em média  $3.135 \pm 1.524$  pessoas sob sua responsabilidade. O último mapeamento da área de abrangência foi realizado num período de 4 meses para 50% das equipes respondentes, sendo que este dado variou de 1 até 120 meses e 29,5% das unidades haviam realizado o mapeamento em até 1 mês da coleta dos dados.

Quanto aos critérios de risco e vulnerabilidade para definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe, houve esta ponderação para 9.264 equipes (59%). A realização do trabalho com área de abrangência definida foi uma característica presente em 16.805 equipes (98%). A disponibilidade de mapas com desenho do território ocorreu para 14.516 equipes (84,6%). Quanto às características destes mapas observou-se que (a) nos mapas de 12.281 equipes havia sinalização de microáreas do território (84,6%); (b) nos mapas de 4.456 equipes havia sinalização de grupos de agravos (30,7%); (c) nos mapas de 3.273 equipes havia sinalização das áreas de risco (22,5%); (d) nos mapas de 7.835 equipes havia sinalização dos equipamentos sociais (54%); (e) para 2.262 equipes havia sinalização das redes sociais (15,6%) e (f) para 799 equipes havia sinalização de condições étnicas (5,5%).

Foi verificado que a existência de população descoberta no entorno do território de abrangência é uma realidade para 5.778 equipes (33,8%). A frequência de atendimento de pessoas residentes fora da área de abrangência difere dentro do país. Para 7.383 equipes estes atendimentos ocorrem todos os dias da semana (43,8%); para 7.699 equipes os atendimentos ocorrem alguns dias da semana (45,7%) e em 1.773 equipes estas pessoas não são atendidas (10,5%).

**TABELA 1** – Informações sobre territorialização em estabelecimentos de saúde com atenção primária no Brasil, segundo PMAQ, 2012.

Variável	N (%)*
<b>Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe</b>	3.135±1524**
<b>Quando foi realizado o último mapeamento da área de abrangência</b>	4 (1 – 120)***
<b>A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe</b>	
Sim	9.264 (59%)
Não	6.427 (41%)
<b>Existe definição da área de abrangência da equipe</b>	
Sim	16.805 (98%)
Não	345 (2%)
<b>A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência</b>	
Sim	14.516 (84,6%)
Não	2.636 (15,4%)
<b>O mapa do território possui sinalização das microáreas do território</b>	
Sim	12.281 (84,6%)
Não	2.234 (15,4%)
<b>O mapa do território possui sinalização de grupos de agravos</b>	
Sim	4.456 (30,7%)
Não	10.059 (69,3%)
<b>O mapa do território possui sinalização das áreas de risco</b>	
Sim	3.273 (22,5%)
Não	11.242 (77,5%)
<b>O mapa do território possui sinalização dos equipamentos sociais</b>	

Sim	7.835 (54%)
Não	6.680 (46%)
<b>O mapa do território possui sinalização das redes sociais</b>	
Sim	2.262 (15,6%)
Não	12.253 (84,4%)
<b>O mapa do território possui sinalização de condições étnicas</b>	
Sim	799 (5,5%)
Não	13.716 (94,5%)
<b>O mapa do território possui sinalização de condições socioeconômicas</b>	
Sim	807 (5,6%)
Não	13.708 (94,4%)
<b>Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência</b>	
Sim	5.778 (33,8%)
Não	11.314 (66,2%)
<b>Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência são atendidas pela sua equipe</b>	
Todos os dias da semana	7.383 (43,8%)
Alguns dias da semana	7.699 (45,7%)
Não são atendidas	1.773 (10,5%)
<b>Total</b>	<b>271</b>

FONTE: dados oriundos do PMAQ, trabalhados pela autora.

\*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

\*\*Dados expressos em média±desvio-padrão.

\*\*\*Dados expressos em mediana e amplitude interquartilica.

## 4 DISCUSSÃO

Este artigo traz informações relevantes sobre a territorialização em estabelecimentos de saúde com atenção primária no Brasil. Por se tratar de uma análise de dados de um programa de avaliação, o PMAQ, desperta para discussões quanto à realidade do país. Segundo a PNAB (2012), cada equipe de saúde da família deve ser responsável por 4.000 pessoas no máximo, sendo recomendada uma média de 3.000 pessoas respeitando critérios de equidade para essa definição. O grau de vulnerabilidade da população também é levado em consideração, pois quanto maior, menor será o número de pessoas sob responsabilidade da equipe. Quanto a esse aspecto, o estudo mostra que o quantitativo de pessoas sob responsabilidade da equipe está adequado, pois a média foi de  $3.135 \pm 1.524$  pessoas. No entanto, ainda que 9.264 equipes afirmem que a gestão considera critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas, ainda há mais de 40% que não consideram esses aspectos, o que pode gerar aumento da demanda de trabalho. Ainda se faz necessária a reflexão sobre as particularidades que envolvem o território em que a equipe de atenção básica está inserida para que um melhor planejamento sobre as demandas de saúde sejam trabalhadas de maneira eficiente e eficaz.

Mesmo não havendo nenhuma normativa e/ou portaria que regulamente o tempo em que as equipes devem realizar o mapeamento da área de abrangência, podemos observar que as mesmas o fazem dentro de um período apropriado para que seja possível identificar, reconhecer e atualizar as famílias e os grupos vulneráveis ou em risco, bem como, os determinantes e condicionantes que pertencem àquele território. Através da visualização do mapa de abrangência é possível reconhecer que espaços comunitários pertencem ao território, e assim, planejar as ações de saúde conforme a necessidade e a realidade local. Isso é comprovado pela amostra, em que apenas 2% das equipes não consideram uma definição para sua área de abrangência; e ainda, 15,4% das equipes não possuem mapas com o território adscrito, e portanto, inexistente sinalização de microáreas e outras particularidades relevantes para que a equipe se aproprie dos dados socioambientais e sanitários que auxiliem na focalização dos problemas. Corroborando com essa análise, o trabalho desenvolvido pela atenção primária torna-se ainda mais duro e complexo, na medida em que aproximadamente 70% das equipes não possui sinalização de agravos no mapa do território, e para praticamente 78% não há sinalização das áreas de risco. Portanto, sabe-se que o reconhecimento do

território em que se atua implica na caracterização da população e dos problemas de saúde por ela enfrentados.

Ainda faltam informações quanto à sinalização dos equipamentos sociais (46%) e das redes sociais (84,4%). Pereira e Barcellos (2006) consideram que melhores condições de vida se dão através de um olhar multiterritorial. Isso quer dizer que existem outras forças atuantes no território que não somente a dos serviços de saúde. As parcerias institucionais com os diversos atores sociais embasam a intersectorialidade capaz de modificar o quadro social e epidemiológico local. Neste sentido, deve-se observar e investir em como se dá a relação entre a equipe de saúde da família e a comunidade; as lideranças comunitárias, as ONGs, os movimentos sociais, e outras instituições que possam intervir no local para que contribuam para o desenvolvimento da participação e do apoio social.

Cabe ressaltar que a pesquisa demonstra que para 94,5% das equipes o mapa com o desenho do território não possui sinalização das condições étnicas; o que implica em pensar um novo olhar para a questão da vulnerabilidade e em (re)conhecer a existência das diferentes etnias pertencentes ao território. Segundo Trad et al (2012) fortalecer o SUS implica em vencer as barreiras de desigualdades organizacionais, culturais e étnicas que podem se interpor entre os serviços e um atendimento efetivo e oportuno. Diante do exposto, avaliações como o PMAQ podem cooperar para suprimir o peso específico de marcadores étnico-raciais e de classe social na acessibilidade aos serviços de saúde, impedindo a ocorrência de discriminação neste contexto da saúde e da vida.

Apesar dos dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS demonstrarem que 123.005.036 pessoas no país estão cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), havia 66,2% de população descoberta pela atenção básica no entorno do território das equipes de saúde, revelando ainda uma baixa cobertura nacional de ESF. Mesmo assim, a pesquisa revela que pessoas residentes fora da área de abrangência são atendidas pela equipe alguns dias da semana ou em todos eles, no entanto, há uma parcela de 10,5% das equipes que não atendem a população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizado através da análise do Banco de Dados do PMAQ teve como objetivos descrever os resultados que compõem a análise do atendimento à população de referência da atenção básica em seu território no país; e realizar inferências sobre o acesso e a qualidade dos serviços mediante ao conhecimento e vínculo das equipes com o território em que estão inseridas.

Como estamos trabalhando com dados oriundos do PMAQ, cujo foco é o acesso e a qualidade de atenção, este trabalho contribuiu para desenvolver e fomentar uma cultura de apropriação e identificação do território. Ademais, os dados também são importantes para visualizar o quão pouco explorado ainda são algumas questões do território que podem fundamentar o cotidiano do trabalho da AB com a população, principalmente com os vulneráveis e com os grupos de agravos ou em áreas de risco.

É primordial equipar melhor os instrumentos e recursos que potencializam a identidade do território, como por exemplo, o mapa da área de abrangência. Precisamos, também, pensar na ampliação da atenção básica, discutindo o acesso, a integralidade e o que deve ser feito para aumentar a participação social, como forma de estreitar as relações das equipes com a população. Torna-se imperativo diminuir as vulnerabilidades e amenizar ou erradicar a existência de população descoberta no território de abrangência da atenção básica, bem como, suprir a falta de atendimento para pessoas não pertencentes à área afim de que se cumpram os princípios e diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. (Série E. Legislação em saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico dos Dados de Cobertura de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf) Acesso em: 11/12/2015.

Chizzotti, Antonio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

Dyniewicz, Ana Maria. **Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes.** 2 ed. – São Paulo: Difusão Editora, 2009.

Gil, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa/Antonio Carlos Gil.** – 4 ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

Mendes, Eugênio V. **Uma nova agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003). **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE Dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2014.

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

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

Pessoa, Vanira Matos et al. **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, Aug. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>.

Pinto, H.; Sousa, A.; Florêncio, A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação** - DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.624pt. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Brasil, 6, aug. 2012. Disponível em: <http://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624>. Acesso em: 13 Jul. 2014.

Santos, Alexandre Lima. **A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais**

**do Programa de Saúde da Família (PSF).** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008.

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 07 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.

Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Trad, Leny Alves Bomfim; Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer; Guimarães, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil . **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013 , dez. 2012. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/53453/57428>>. Acesso em: 11 dez. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>.