

Experiências docentes e discentes

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARABÁ-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TERRITORIALIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE IN MARABÁ-PA: EXPERIENCE REPORT

TERRITORIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN MARABÁ-PA: RELATO DE EXPERIENCIA

Gabriel Brito Procópio¹

Carlos Podalirio Borges de Almeida²

Resumo

A territorialização na Atenção Básica à Saúde abrange a identificação e o conhecimento das complexidades e necessidades sociais em saúde das populações, comunidades e indivíduos. Este relato de experiência é uma descrição sobre a atividade de estágio supervisionado obrigatório de discentes do curso de Saúde Coletiva de uma Instituição Pública de Ensino Superior na região Sudeste do estado do Pará (PA). A atividade foi desenvolvida no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha no município de Marabá, PA. O estágio obrigatório foi dividido em cinco etapas específicas, seguindo uma sequência: 1) Levantamento das informações (características demográficas e de morbidades) sobre a área adscrita do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, com os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família; 2) Visitas domiciliares com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e agente comunitário de saúde); c) Identificação das principais doenças e agravos de saúde enfrentados pela comunidade da área de serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família; d) Elaboração de um mapa da comunidade de abrangência da Estratégia Saúde da Família; e) Elaboração dos relatórios parcial e final. Por meio das visitas domiciliares foram identificados problemas sanitários e sociais que abrangem as vulnerabilidades nas condições de moradia e saneamento básico, até aspectos relacionados ao estado de adoecimento dos moradores. As doenças crônicas não transmissíveis se destacaram pelas taxas elevadas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica. O estágio supervisionado proporcionou aos discentes uma compreensão sanitária sobre os aspectos sociais, comunitários, urbanização e condições de moradia. Esta experiência proporcionou, aos discentes, conhecimentos sobre a realidade socio sanitária desta população, por meio da territorialização na área adscrita do Centro de Saúde.

Palavras-chave: Território sociocultural. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva. Ensino Superior.

Abstract

Territorialization in Primary Health Care encompasses the identification and knowledge of the complexities and social health needs of populations, communities and individuals. This experience report is a description of the mandatory supervised internship activity of students in the Collective Health course of a Public Institution of Higher Education in the southeastern region of the state of Pará

¹ Sanitarista. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: gabrielprocopio07@gmail.com

² Quiropraxista. Professor Adjunto do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: carlosalmeida1410@hotmail.com

(PA). The activity was developed at the Nurse Zezinha Health Center in the municipality of Marabá, PA. The mandatory internship was divided into five specific stages, following a sequence: 1) Survey of information (demographic and morbidity characteristics) about the area enrolled at the Nurse Zezinha Health Center, with the health professionals of the Family Health Strategy; 2) Home visits with health professionals (doctors, nurses and community health agents); c) Identification of the main diseases and health problems faced by the community in the health service area of the Family Health Strategy; d) Elaboration of a community map covering the Family Health Strategy; e) Preparation of partial and final reports. Through home visits, health and social problems were identified that include vulnerabilities in housing conditions and basic sanitation, even aspects related to the residents' state of illness. Chronic non-communicable diseases stood out for their high rates, especially systemic arterial hypertension. The supervised internship provided students with a sanitary understanding of social, community, urbanization and housing conditions. This experience provided students with knowledge about the social and health reality of this population, through territorialization in the attached area of the Health Center.

Keywords: Sociocultural territory. Primary Health Care. Public Health. Higher Education.

Resumén

La territorialización en la atención primaria de salud abarca la identificación y el conocimiento de las complejidades y las necesidades de salud social de las poblaciones, comunidades e individuos. Este informe de experiencia es una descripción de la actividad de pasantía supervisada obligatoria de los estudiantes en el curso de Salud Colectiva de una Institución Pública de Educación Superior en la región sureste del estado de Pará (PA). La actividad se desarrolló en el Centro de Salud Nurse Zezinha en el municipio de Marabá, PA. La pasantía obligatoria se dividió en cinco etapas específicas, siguiendo una secuencia: 1) Encuesta de información (características demográficas y de morbilidad) sobre el área inscrita en el Centro de Salud Nurse Zezinha, con los profesionales de la salud de la Estrategia de Salud Familiar; 2) Visitas domiciliarias con profesionales de la salud (médicos, enfermeras y agentes de salud comunitarios); c) Identificación de las principales enfermedades y problemas de salud que enfrenta la comunidad en el área de servicios de salud de la Estrategia de Salud Familiar; d) Elaboración de un mapa comunitario que cubra la Estrategia de Salud de la Familia; e) Preparación de informes parciales y finales. A través de las visitas domiciliarias, se identificaron problemas sociales y de salud que incluyen vulnerabilidades en las condiciones de vivienda y saneamiento básico, incluso aspectos relacionados con el estado de enfermedad de los residentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles destacaron por sus altas tasas, especialmente la hipertensión arterial sistémica. La pasantía supervisada proporcionó a los estudiantes una comprensión sanitaria de las condiciones sociales, comunitarias, de urbanización y de vivienda. Esta experiencia proporcionó a los estudiantes conocimientos sobre la realidad social y de salud de esta población, a través de la territorialización en el área adjunta del Centro de Salud.

Palabras clave: Territorio sociocultural. Atención Primaria de Salud. Salud Colectiva; Educación Superior.

Introdução

A emancipação da territorialização na atenção básica em saúde e nos trabalhos das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de fundamental importância para a viabilização das ações prevenção e de promoção da saúde. Os achados na literatura asseveram a relevância da territorialização para atenção em saúde em todas as complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (JUSTO *et al.*, 2017; PEIXOTO *et al.*, 2019; GARBIN *et al.*, 2019). A territorialização, deste modo, é um pressuposto para o trabalho das equipes de saúde na comunidade (NEVES, 2011; COSTA; FONSÊCA, 2019).

Como principal porta de entrada do SUS, a APS deve estar organizada em um território delimitado, onde as ações em saúde precisam estar pautadas em uma lógica da área de abrangência para atuação multiprofissional em saúde. As organizações da APS permeiam formas distintas de estruturação, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias (NEVES, 2011).

A territorialização em saúde no SUS é definida por meio das organizações dos serviços em saúde de acordo com o território. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, compreende a territorialização como o conhecimento sobre o território de atuação visando programar ações de acordo com o perfil e necessidades da comunidade, considerando elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, etc. (BRASIL, 2017). Este documento possibilita a identificação de aspectos relativos aos principais problemas sociais e de saúde da comunidade, viabilizando o diagnóstico sanitário de uma área delimitada. A territorialização é considerada “uma ferramenta para o planejamento das ações em saúde” (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 3). Trata não apenas da ambiência ou ambiente de um território, como também da organização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades em saúde das populações. O processo contínuo da territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território (SANTOS; RIGOTTO, 2010/2011). Desse modo, propicia-se o estabelecimento de uma análise mais precisa sobre a situação de saúde dos indivíduos e das populações. Por meio da territorialização é possível presumir o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas, bem como impactar de maneira adequada o estado de saúde da população adscrita (CAIRES; SOUZA JUNIOR, 2017).

A territorialização na Atenção Básica deve conduzir um mapeamento preciso e conciso. É uma ferramenta tecnológica que irá facilitar e potencializar as ações na APS, ao cartografar as áreas de risco em relação a doenças prevalentes na comunidade, territórios em vulnerabilidade social, condição sanitária e, ainda, ao acompanhar o crescimento e desenvolvimento de uma comunidade (ARCÊNCIO, 2015). Ademais, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Lima *et al.* (2011) consideram que há pelo menos três sentidos diferentes e complementares para estabelecer a territorialização: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Tais sentidos tangenciam, assim, nuances que ultrapassam as condições territoriais e geográficas.

Como proposta metodológica a cartografia permite identificar questões demográficas e sanitárias, pois é “um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos, de produção, possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 203). É um instrumento essencial para que a produção de reflexões e de conhecimento se concretize em processos de trabalho tangíveis ao (re)pensar, (re)fazer e (re)estruturar os saberes e as práticas (SILVA; ROJAS, 2016).

Este relato de experiência tem o objetivo de apresentar atividade de estágio supervisionado obrigatório sobre territorialização em saúde realizado no último semestre da graduação em Saúde Coletiva, em um Centro de Saúde no município de Marabá, Pará (PA).

A experiência

O estágio supervisionado obrigatório foi desenvolvido no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha (CSEZ), onde atuavam quatro estagiários, discentes do último semestre do curso de graduação em Saúde Coletiva de uma Instituição Pública de Ensino Superior na região Sudeste do estado do Pará.

As atividades do estágio ocorreram dentro e fora das instalações do CSEZ, com a participação de servidores públicos, profissionais de saúde e, principalmente, do gerente da unidade, seja no oferecimento de informações pertinentes às atividades realizadas, seja no desenvolvimento do estágio, com supervisão e orientação das atividades em campo (comunidade), no período de cinco horas diárias, semanalmente (de segunda à sexta-feira), no período matutino.

Trata-se, portanto, de um relato de experiência que tomou como substrato o mapeamento local, que é “um procedimento estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar” (CONASS, 2016, p. 20). Isso configura a confecção do mapa para a unidade de saúde, elaborado para o planejamento estratégico situacional nas atividades de vigilância, prevenção e promoção em saúde (MARTINS *et al.*, 2019).

O estágio foi dividido em cinco momentos específicos em sequência lógica: I – levantamento das informações (características demográficas e de morbidades) sobre a área adscrita do CSEZ com os profissionais de saúde da ESF; II – visitas domiciliares; III – identificação das principais doenças e agravos de saúde enfrentados pela comunidade; IV – confecção de um mapa da comunidade de abrangência da ESF e V – elaboração dos relatórios parcial e final.

Para o levantamento os estagiários providenciaram um protótipo primário para a identificação da cobertura em cada folha do núcleo Nova Marabá, com uso do programa *Google Maps*. Esta ferramenta possibilitou a visualização das áreas de atuação de cada profissional de saúde. As equipes de saúde têm um retrato das microáreas visto de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do ambiente (MINAS GERAIS, 2012).

As visitas domiciliares foram realizadas nos meses de setembro a outubro de 2018, no período matutino, das 08h30 às 12h, na área de abrangência do CSEZ. Os horários de início e término das visitas eram marcados de acordo com a disponibilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) bem como adequados aos respectivos locais/áreas de trabalho dos profissionais: ACS, enfermeiros e médicos. Todas as visitas domiciliares foram acompanhadas pelo tutor de estágio e/ou pelos profissionais da ESF.

Os registros das visitas domiciliares foram realizados em diários de campo, com a descrição da observação dos discentes sobre as condições de saúde, doenças e moradia dos domicílios. O diário de campo é um instrumento complexo, que permite o registro de informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre interlocutores, grupos e ambientes estudados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Os diários foram utilizados para a confecção dos relatórios de estágio e do mapa do Centro de Saúde.

Para a identificação das principais morbidades e agravos de saúde enfrentados pela comunidade, foi disponibilizado aos profissionais um formulário produzido pelos estagiários (Quadro 1).

Quadro 1 – Formulário sobre as características demográficas e de morbidades dos usuários cobertos pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, Marabá - PA, 2018.

USUÁRIOS COBERTOS PELA ESF DO CSEZ		QUANTITATIVO	
Características demográficas	Criança (até 10 anos)		
	Adolescente (11 a 18 anos)		
	Gestante	Adolescente	
		Adulta	
	Idoso		
Morbidades	Hipertensão		
	Diabetes		
	Uso de álcool e outras drogas		
	Doenças respiratórias		
	Doenças renais		
	HIV		

	TB	
	Hanseníase (MB)	
	Câncer	
	Transtornos mentais	

Fonte: Os autores.

Para a coleta de dados, os profissionais preencheram quantitativamente a totalidade das características demográficas e de morbidades da cobertura das equipes da ESF. Em seguida, após entregues todos os formulários, foi convocada uma reunião com os profissionais da ESF do CSEZ para categorizar as principais características de cada área, descritas nos formulários.

Os dados foram compilados e analisados no programa *Microsoft Excel* 2016, para realização das análises estatísticas descritivas, por meio de frequências relativas e absolutas. Os dados foram categorizados em: grupo de risco – crianças, adolescentes e idosos – e grupo de agravos e morbidades – hipertensão, diabetes, uso de drogas (lícitas), doenças respiratórias, doenças renais, vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose (TB), hanseníase, câncer, transtornos mentais –, o que possibilitou traçar um diagnóstico situacional sobre área e microárea de cada ACS, por meio das informações do formulário e da descrição dos diários de campo dos estagiários. O diagnóstico situacional foi concebido para ser referenciado a um Plano de Ação relacionado à realidade diagnosticada (BRASIL, 2006).

Os recursos *Google Maps* e *Google Earth* foram utilizados para visualizar o território e a localização do Centro de Saúde, para, então, desenvolver a última etapa: a confecção do mapa de abrangência do CSEZ. O núcleo Nova Marabá foi utilizado como referência, com o Centro de Saúde na folha 23 (centralizada na área de abrangência) para o remapeamento. Além disso, no remapeamento foi realizada a redistribuição das microáreas do Centro de Saúde, juntamente com a identificação dos profissionais.

As normas preconizadas pela Portaria nº 2.436 de 2017 para territorialização foram seguidas em relação ao território de atuação dos ACS (BRASIL, 2017). Uma reunião com o gerente do centro de saúde e a equipe do Centro de Saúde ocorreu para estabelecer os critérios dos limites territoriais, esclarecendo para os profissionais a importância da atualização dos cadastros familiares e do reconhecimento pleno de cada área da unidade. Para Costa e Fonsêca (2019), a aproximação dos profissionais com os usuários nos serviços de saúde por meio do território é extremamente relevante para a emancipação da saúde, um direito constitucional, o que faz dos profissionais de saúde atores importantes para a garantia desse direito.

Depois de identificadas as áreas e microáreas descritas pelos profissionais, cada equipe do ESF foi registrada no mapa com cores e códigos, definidas em escalas de cinza: cinza escuro (equipe 026); cinza intermediário (equipe 010) e cinza claro (equipe 033). Os ACS foram identificados em codificações numéricas (ACS-1, ACS-2, ACS-3...) para a manutenção do anonimato, resguardando a integridade, a imagem e o nome dos profissionais.

Cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

No CSEZ há três equipes da ESF, supervisionadas por três enfermeiros e com o quantitativo de 22 ACS na área da unidade, localizada no núcleo Nova Marabá, em 11 folhas (bairros) como é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Equipes da Estratégia Saúde da Família por cobertura do Agente Comunitário de Saúde do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, Marabá - PA, 2018.

EQUIPES	ÁREA	PERÍMETRO	FOLHA – FL	Nº DE ACS
I	010	Urbano	16, 17, 20, 21, 22	10
II	033	Urbano	23, 27, 31, 33	05
III	026	Urbano	14, 15	07
TOTAL	--	--	--	22

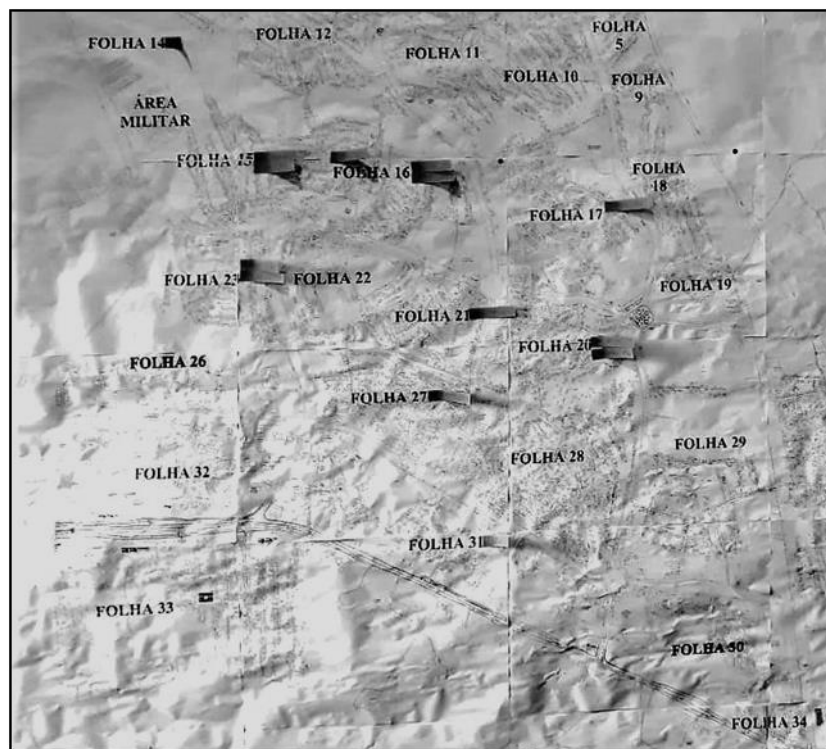
Fonte: CNES, 2018.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

As atribuições do ACS são consideradas importantes no acolhimento dos serviços de saúde, pois este profissional da equipe faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos, propiciando o contato direto com os indivíduos. Sua inserção no território permite a identificação com a comunidade e a construção de uma relação de proximidade, caracterizada por uma propensão à solidariedade, à ajuda mútua e à liderança comunitária (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Para a devida compreensão geográfica da área de atuação dos ACS no CSEZ, o mapa (protótipo primário), com o auxílio dos profissionais (ACS e enfermeiros), apontou a cobertura de atuação da ESF no núcleo Nova Marabá. A área da ESF corresponde a 11 folhas: 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 27, 31 e 33 (Figura 1).

Figura 1 – Prototipo primário sobre a cobertura da área do CSEZ, Marabá-PA, 2018.



Fonte: Os autores.

O contato com os profissionais possibilitou a descrição das principais características da área de cobertura do centro de saúde, onde, por meio das visitas domiciliares, a realidade frente às necessidades sociais em saúde foi demonstrada de forma mais significativa, detalhada e contundente.

Visitas domiciliares

Os encontros de campo foram acordados com os respectivos locais/áreas de trabalho dos profissionais (ACS, enfermeiros e médicos). É importante ressaltar que, durante o estágio supervisionado, não foi possível o contato direto com os demais ACS do Centro de Saúde, o que ocorreu devido a duas situações: profissionais (dois) que expressamente recusaram acompanhar os estagiários e profissionais com os quais os estagiários não tiveram contato, devido ao distanciamento de outros núcleos da cobertura do centro de saúde, como, por exemplo, da zona rural. As visitas domiciliares foram realizadas com 10 ACS, em um intervalo de 16 dias úteis (exceto programações justificadas fora do Centro de Saúde), e 6 folhas foram visitadas nas áreas adstritas do CSEZ (Tabela 2).

Tabela 2 – Registro das visitas domiciliares realizadas com os agentes comunitários de saúde (ACS) do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, 2018.

ACS	Folha	Data das visitas
ACS 1	14	08/10/18
ACS 2	15	10/09/18; 11/09/18; 12/09/18 18/09/18
ACS 3	15	20/09/18; 26/09/18
ACS 4	16	13/09/18
ACS 5	16	17/10/18; 19/10/18
ACS 6	21	04/09/18
ACS 7	23	17/09/18
ACS 8	23	17/09/18
ACS 9	27	24/09/18
ACS 10	27	25/09/18; 15/09/18; 16/09/18

Fonte: Os autores.

No dia 10/09/2018, iniciaram as atividades domiciliares na folha 15. As visitas foram supervisionadas por dois ACS, em suas respectivas áreas de trabalho, correspondente às adjacências do CSEZ, que foi a área mais visitada durante o período de estágio em relação às visitas nos domicílios (Tabela 2). A realidade desta área não difere muito da realidade das demais áreas da unidade. Há presença significativa de idosos, acamados, adolescentes, crianças e, principalmente, mulheres chefes de família, sem a presença paterna na maioria das famílias. Apesar de o arranjo familiar tido como tradicional ter diminuído significativamente no Brasil, as moradias agregadas (habitações com número significativo de indivíduos) cresceram, e, com isso, a responsabilidade feminina como chefe de família. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), no ano de 2010, apontou mulheres chefes de família em cerca de 37,3% das moradias no Brasil, sem a presença do cônjuge. Domicílio com responsável do sexo feminino pode ser considerado um fenômeno tipicamente urbano (PINTO *et al.*, 2011). Esse fenômeno desafia os cientistas sociais a ampliarem suas abordagens a fim de intervir no processo de reprodução ampliada da pobreza urbana (SILVA, 2007).

Foi observado um número significativo de moradias agregadas e famílias cobertas pelo Programa Bolsa Família (PBF). Em relação à conjuntura familiar e à quantidade de pessoas por domicílio, houve um pequeno aumento em todo âmbito nacional nas últimas décadas. Givisiez e Oliveira (2013) destacam que a demanda de construção de cômodos nos domicílios é de 17,8% do total de domicílios brasileiros. Tal contexto possivelmente é resultado da quantidade de indivíduos por cômodo e explica a necessidade de ampliação do imóvel.

Além disso, a relação da ambiência pertinente às condições de moradia saudáveis demanda, no arranjo domiciliar, um equilíbrio tanto de aspectos físicos (arquiteturais) quanto de fatores culturais, econômicos, sociais e de habitabilidade. São condições que interferem na qualidade de vida e, principalmente, na saúde dos indivíduos. A garantia de uma habitação saudável envolve, também, o acesso a esse direito por meio de políticas públicas intersetoriais afirmativas, para que, assim, se possa assegurar a longo e a curto prazos direitos sociais e habitacionais (ALMEIDA, 2011).

É provável que esse dado, referente às várias famílias cobertas pelo PBF identificadas nas visitas domiciliares, possa estar relacionado à quantidade significativa de indivíduos (crianças, adolescentes) por moradia. Tal contexto corresponde e se relaciona com o déficit de políticas públicas que garantam direitos quanto às condições socioeconômicas, de moradia digna e, principalmente, às condições sanitárias favoráveis à habitação, como o saneamento básico. O PBF é uma política intersetorial criada no ano de 2004 (BRASIL, 2004), que visa, segundo Silva et al. (2019), ao favorecimento e ao acesso aos direitos básicos sociais, como saúde, educação, assistência social e segurança alimentar, ultrapassando, segundo os autores, o benefício monetário e tendo como perspectiva a superação das vulnerabilidades.

Nesta perspectiva, as famílias precisam estar inscritas no cadastro nacional (CadÚnico), referente ao cadastro social (programas sociais do governo federal), para serem vinculadas ao PBF. Além desse critério, a Lei nº 10.689, de 13 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004), considera ainda o benefício variável (benefício mensal de cinquenta reais que será concedido a famílias com renda per capita de até cinquenta reais), destinado a unidades familiares que se encontram em situação de pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes até 15 anos. Esta Lei considera ainda que todas as crianças contempladas devem estar com quadro vacinal atualizado, frequência escolar em 85%, além de condicionalidades relativas a exame pré-natal, acompanhamento nutricional e acompanhamento de saúde realizados pelos profissionais de saúde do território onde as famílias residem. As famílias beneficiárias que têm crianças menores de sete anos e mulheres em idade de 14 a 44 anos deverão ser assistidas por uma ESF ou por uma Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2010). Tal demonstrativo assevera substancialmente a relevância da atuação da ESF no território, além de trazer à tona o mapeamento como ferramenta para atuação profissional e, principalmente, para a identificação das necessidades sociais e sanitárias. Uma APS organizada e uma lógica de trabalho intersetorial consolidada transformam parte substancial dos elementos que compõem

o desenho do acompanhamento das condicionalidades de saúde em rotina da gestão pública do PBF (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Na folha 16 foram identificadas crianças (n=23), diabéticos (DIA) (n=17), idosos (n=14), hipertensos (hipertensão arterial sistêmica - HAS) (n=13), indivíduos com transtorno mental (n=3) e portadores do vírus HIV (n=2). Cabe destacar que a visita domiciliar realizada na folha 16 foi conduzida sob a supervisão da enfermeira da ESF e com o ACS da área. As residências nessa área são suspensas por taipas e palafitas, sem qualquer destreza arquitetônica. As condições de moradia são precárias, e o déficit de saneamento básico e de água encanada é uma realidade para os residentes.

Para Bandeira *et al.* (2017), o saneamento básico precário constitui um risco tradicional à saúde humana, que afeta, especialmente, a população de baixa renda. Cunha e Borja (2018), em um estudo sobre saneamento básico em domicílios urbanos, apontam que, no Brasil, a universalização do acesso ao saneamento básico ainda está longe de ser alcançada. Segundo os autores, a debilidade nas periferias das grandes cidades no Brasil é notória e presente na rotina dos brasileiros. É amplamente reconhecido que as condições de infraestrutura sanitária guardam estreita relação com a situação de saúde de indivíduos e coletividades (RAUPP *et al.*, 2019).

Na folha 21, foram residências agregadas com a presença de vários arranjos familiares em um mesmo terreno. A coabitação familiar caracteriza-se por uma família principal que cede ou aluga (exceto quando pelo empregador) um ou mais cômodos a conviventes secundários (outros indivíduos ou famílias) no mesmo domicílio em que reside (ALMEIDA, 2011). A falta de estrutura sanitária, ventilação, água potável entre outros, são condições determinantes em saúde. Uma moradia adequada deve ser capaz de: proteger seus moradores do ambiente externo, dispor de um espaço de privacidade, e oferecer um ambiente sadio (GIVISIEZ; OLIVEIRA, 2013).

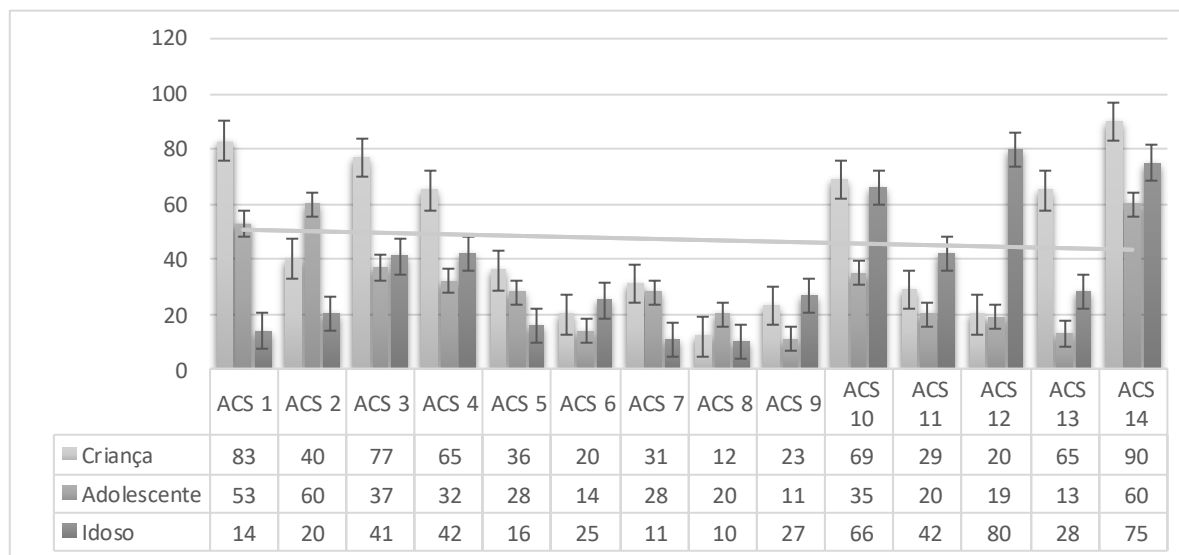
Na visita médica, que foi acompanhada uma única vez pelos estagiários, foram visitadas quatro residências, em que foram registradas: um adulto acamado e dois idosos hipertensos (destes, uma acamada e outro com gastroenterite). Orientações, encaminhamentos para exames e prescrições de medicamentos foram realizadas para os residentes usuários do CSEZ. As áreas apresentaram um perfil de morbidades diversificado e as condições de moradia diferiram significativamente, apresentando complexidades sobre as demandas sociais e de saúde.

Diagnóstico situacional e mapeamento da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

As visitas domiciliares, os diários de campo e o demonstrativo dos profissionais sobre as características demográficas e de saúde dos moradores em cada microárea do CSEZ colaboraram para um diagnóstico situacional. Para Muller, Cubas e Bastos (2010), para o reconhecimento e o diagnóstico situacional dos territórios, merecem destaque as tecnologias de análise espacial, as quais podem facilitar o planejamento, a avaliação e a tomada de decisão de profissionais e gestores perante uma situação de saúde ou necessidade diagnóstica rápida.

Com isso, foram identificados em grupos: crianças (n=660), idosos (n=497) e adolescentes (n=430). A distribuição sobre a frequência relativa dos grupos de risco difere nas áreas. Os grupos foram escolhidos de acordo a caracterização e a subjetividade populacional da área do CSEZ (Figura 2).

Figura 2 – Frequência relativa dos grupos de risco referente à microárea de cobertura do CSEZ, Marabá - PA, 2018.

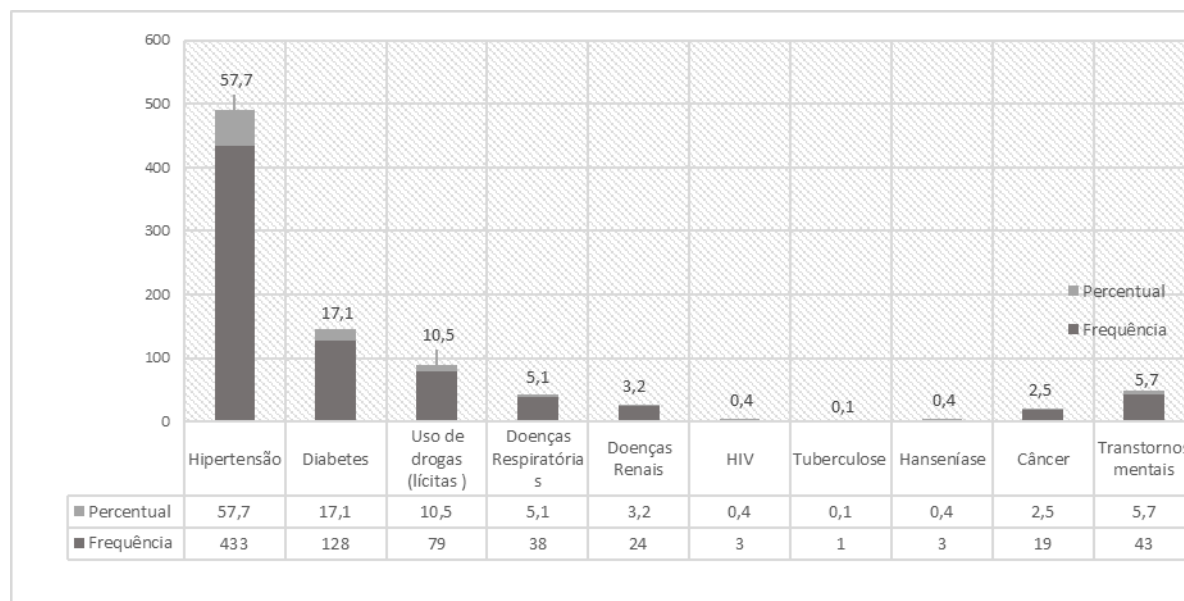


Fonte: Os autores.

Durante o desenvolvimento do estágio, por meio das visitas realizadas com os profissionais, foi possível identificar problemas de saúde a partir da observação da realidade comunitária. O principal problema identificado foi a HAS, chegando a 57,7% de indivíduos (n=433), seguido de diabetes mellito, com 17,1% (n=128). Destes, 10,5% (n=79) afirmaram ser consumidores de drogas lícitas (álcool, tabaco). Cabe pontuar que morbididades de

transtornos mentais, depressão e bipolaridade registraram cerca de 5,7% indivíduos (n=43) em toda a área do CSEZ. As morbidades que apresentaram menor registro foram hanseníase (0,4%), HIV (0,4) e tuberculose (0,1%) (Figura 3).

Figura 3 – Percentual e frequência relativa das morbidades na área de cobertura do CSEZ, Marabá - PA, 2018.

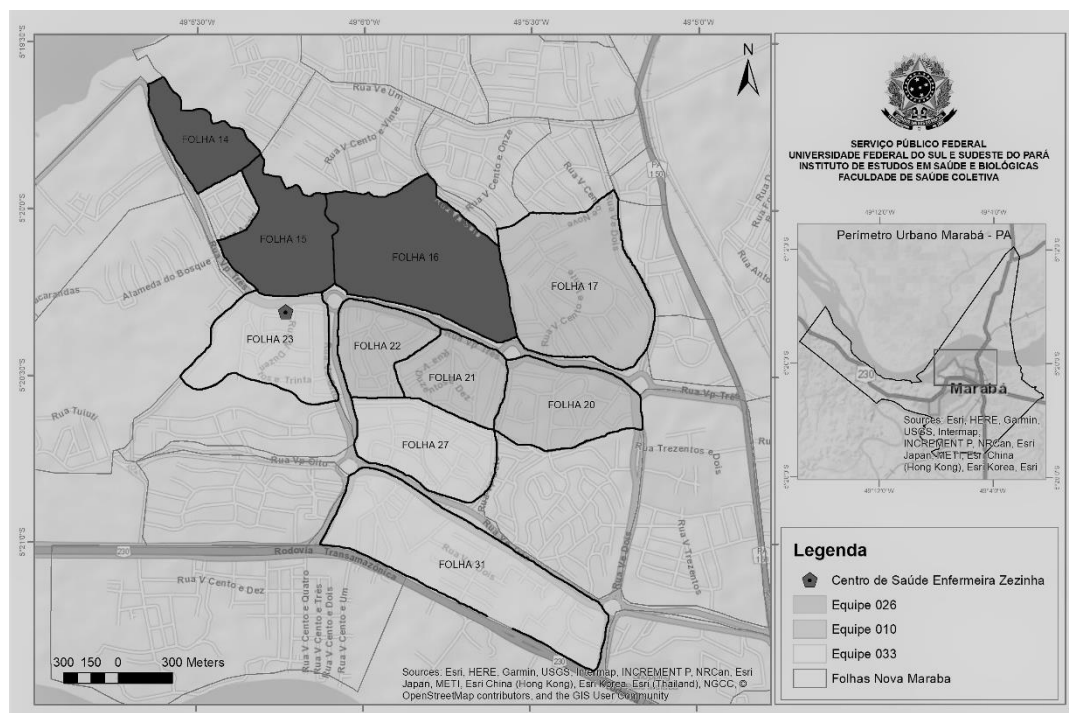


Fonte: Os autores.

Neste contexto, o conhecimento da área é um importante mecanismo de identificação das necessidades sanitárias e, principalmente, das demandas comunitárias em um território. Conhecer o espaço onde irá atuar, mapeando os principais equipamentos urbanos e problemas socioambientais e os vários aspectos que interferem na saúde dos indivíduos é de fundamental importância para qualquer serviço de saúde (BEZERRA; BITOUN, 2017).

A descrição cartográfica mostra a área de cobertura de cada equipe da ESF no CSEZ. As equipes, 026, 010 e 033, são identificadas nas cores cinza intenso, cinza intermediário e cinza claro, respectivamente (Figura 4).

Figura 4 – Mapa da área de cobertura do ESF do CSEZ, 2018.



Fonte: Os autores.

Além de propiciar uma visualização geral das áreas representadas pelas equipes, esse recurso subsidiará uma melhor compreensão das microáreas dos ACS, e, conseqüentemente, uma melhor atuação profissional ao identificar as prioridades diante dos problemas de saúde comunitário. A territorialização vem sendo utilizada como um dos mais importantes pressupostos na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas (CONASS, 2016). Ademais, possibilita um olhar crítico e reflexivo sobre as dimensões do território (COSTA; VASCONCELOS, 2016).

As atividades de territorialização relatadas nesta experiência foram fundamentais para o reconhecimento na análise da situação de saúde por meio de uma aproximação com a realidade local. A intervenção é possível com o mapeamento da área, o qual permite identificar as famílias em situação de risco ou vulnerabilidade (BARBOSA NETO *et al.*, 2017).

Com o mapeamento realizado por meio da análise cartográfica das realidades das populações, a territorialização oportuniza a participação comunitária, o controle social na saúde e, principalmente, as decisões de gestão em saúde pública. De acordo com Martins *et al.* (2019), a territorialização é um facilitador do acesso dos usuários à Atenção Básica, o que consiste em um conceito técnico na definição de territórios para distinção de responsabilidades sanitárias.

Nessa perspectiva, os territórios geográficos não devem ser somente processos de identificação e delimitação de uma área. Para Santos, Souza e Silveira (1998), o território não deve ser confundido com um mero espaço ou lugar, nem estar ligado à ideia de domínio ou de gestão de determinada área. Segundo os autores, “a formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentimento da territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre as mesmas” (p. 214).

A territorialização, portanto, envolve não apenas questões meramente geográficas de delimitação de uma área adstrita, como também múltiplas dimensões (político, social, econômico, de saúde) sobre as condições da vida cotidiana das populações. A análise da dimensão do cotidiano permite, sobretudo, concretizar ações e práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Considerações finais

A emancipação de uma profissão é um constructo, pelo qual permeiam processos para a capacitação, o reconhecimento e a inserção profissional. São processos que interligam a teoria (conteúdo teórico) e as vivências por meio de trabalhos de pesquisa e extensão. Para os discentes do curso de graduação em Saúde Coletiva, tais etapas são de fundamental relevância para a formação. A identificação das necessidades sociais e de saúde diante do processo saúde-doença traz para a formação dos sanitaristas uma compreensão sobre as principais demandas e dilemas da saúde pública. Tais características devem fazer parte desta formação, que visa o aprimoramento do SUS em todas as instâncias e complexidades do sistema de saúde. Por isso, propiciar a vivência nos mais variados âmbitos que interferem na saúde dos indivíduos e das populações contribui consideravelmente para a formação deste profissional.

O estágio proporcionou aos discentes uma compreensão sanitária sobre as realidades sociais diante de necessidades de infraestrutura e de condições de moradia precárias, realidade que é compreendida levando em consideração as complexidades existentes em cada localidade e território. É provável que a territorialização, por meio do mapeamento da área de trabalho da ESF do CSEZ, possibilite a gestão e proporcione aos profissionais de saúde ferramentas para o planejamento e para as ações em saúde pontualmente direcionadas às necessidades socio sanitária dos indivíduos da área de cobertura do Centro de Saúde.

Nas visitas domiciliares, foram identificados vários problemas sanitários e sociais, que abrangem de condições precárias de moradia e de saneamento básico a problemas relacionados ao estado de adoecimento dos moradores. Entre todos os problemas encontrados, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se destacaram, principalmente a HAS.

O conhecimento e/ou noção do território é um aspecto que deve estar presente no trabalho de uma equipe de saúde da ESF. Nessa perspectiva, durante o estágio foram desenvolvidas ações de caráter promocional e preventivo, tanto nas visitas domiciliares quanto na identificação das principais morbidades na área de cobertura do CSEZ.

Conhecer as principais características de uma localidade e as necessidades que rodeiam uma comunidade é de fundamental relevância para as intervenções em saúde, principalmente porque tal compreensão pode servir como subsídio para o diagnóstico situacional de uma área adstrita. Além disso, pode oportunizar o aprimoramento da gestão em saúde e o estabelecimento do equilíbrio sanitário comunitário.

Referências

ALMEIDA, I. F. G. **Desigualdades e políticas públicas de habitação no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal da Bahia (UFBA). 158p. Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8907/1/Isaura%2520Almeida.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ARAÚJO, G. B. A. *et al.* Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 124-129, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1103/614>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ARCÊNCIO, R. A. Tecnologias em saúde para análise espacial e diagnóstico situacional dos territórios: contribuições para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 999-1000, nov./dez. 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680601i. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-0999.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BANDEIRA, O. A. *et al.* Desafios do saneamento básico na habitação popular: um estudo de caso do residencial jardim cerrado em Goiânia-GO. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 14, n. 25, p. 1788, 2017. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2017a/soc/desafios%20do%20saneamento.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BARBOSA NETO, H. J. *et al.* Relato de experiência das atividades de territorialização por residentes multiprofissionais em saúde coletiva. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Jabotão dos Guararapes, v. 11, n. 39, p. 292-299, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/991/1418>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003 e dá outras providências. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 9 jan 2004. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental Programa de Modernização do Setor Saneamento – PMSS. Unidade de Gerenciamento do Programa – UGP/PMSS. **Ferramentas Metodológicas para Diagnóstico Situacional de Sistemas e de Prestadores de Serviços de Abastecimento de Água**. Brasília, jan. 2006. Disponível em: <https://nexusbr.com/downloads/saneamento/Metodologia%20Diagnostico%20Situacional%20Sistema%20de%20Abas%20Agua.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3259-3268, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17722017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n10/3259-3268/pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAIRES, E. S.; SOUZA JÚNIOR, P. J. S. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1174-1177, 2017. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da atenção primária à saúde**. Oficina 3 – Territorialização em saúde. Guia do Facilitador. Goiás, abr. 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/07/manual-oficina-3-territorializacao.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, T. S. M. A.; FONSÊCA, G. S. F. Experiências docentes e discentes. Integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina: um relato de experiência. **Rev. Saberes Plurais: educação na saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 15-26, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/89786/53659>. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, T. C.; VASCONCELOS, T. B. Processo de territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE: relato de experiência. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 1, p. 73-81, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14363/11101>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CUNHA, M. A.; BORJA, P. C. O programa de aceleração do crescimento no estado da Bahia e os desafios da universalização do saneamento básico. **Urbe – Rev. Bras. Gest. Urbana**, Curitiba, v. 10, nov. 2018. Supl.1. DOI: 10.1590/2175-3369.010.supl1.ao09. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/urbe/v10s1/2175-3369-urbe-2175-3369010SUPL1AO09.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O cuidado para pessoas com HIV/AIDS sob a ótica de agentes comunitários de saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0018508, 2019. DOI:

10.1590/1981-7746-sol00185. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018508.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

GIVISIEZ, G. H. N.; OLIVEIRA, E. L. Privacidade intradomiciliar: um estudo sobre as necessidades de ampliações em residência. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 199-223, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015218.19572015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2537.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Gênero, uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Proporção de famílias com mulheres responsáveis pela família. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

JUSTO, L. G. *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1345-1354, 2017. Supl. 1. DOI: 10.1590/1807-57622016.0512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1345.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LIMA, E. V. C. *et al.* Territorialização na atenção à saúde da família: um espaço geográfico, social e político em permanente transformação das práticas de saúde. *In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA*. Departamento de Saúde. Feira de Santana, 2011. p. 1020-1023.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013.

MARTINS, A. C. T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08492019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2095.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Qualificação profissional: Agente Comunitário de Saúde. Unidade 3 - A Ação do ACS no Diagnóstico e Planejamento das Ações de Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. Disponível em: <http://esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/09/ACS-Unidade-3-Guia-do-Aluno.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MULLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 978-982, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/17.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NEVES, R. T. N. A. **Mapeamento do território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no Município de São José do Belmonte - PE**. Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28535/1/370.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEIXOTO, M. T. *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e170794, 2019. Supl. 1. DOI: 10.1590/interface.170794. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170794.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

PINTO, R. M. F. *et al.* Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011. DOI: 10.1590/S0101-66282011000100010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RAUPP, L. *et al.* Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00058518, 2019. Supl. 3. DOI: 10.1590/0102-311x00058518. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35s3/1678-4464-csp-35-s3-e00058518.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território, Globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. DOI: 10.1590/S1981-77462010000300003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SENNA, M. C. M; BRANDÃO, A. A; DALT, S. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 148-166, jan./abr. 2016. DOI: 10.1590/0101-6628.060. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n125/0101-6628-sssoc-125-0148.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, J. M. Gênero e sexualidade na análise do espaço urbano. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 44, p. 117-134, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/%20geosul/article/viewFile/12612/11775>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, A. M. P.; ROJAS, F. L. L. Cartografia em saúde: mapeando as experiências, desafios e possibilidades no cotidiano do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, n. 5, p. 30-41, jan/jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/927/1408>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, F. S. *et al.* Foco e cobertura do programa Bolsa Família em crianças das coortes de nascimento BRISA, Ribeirão Preto (São Paulo) e São Luís (Maranhão), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00159718, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00159718. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n6/1678-4464-csp-35-06-e00159718.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.