



O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

**Bernardo dos Santos Zucco², Alana Larissa Guedes Alves³, Francielle Dutra da Silva⁴,
Júlia Nunes Mallmann⁵**

¹ Atividade desenvolvida durante o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Unijuí;

² Médico, Residente de Medicina Família e Comunidade. E-mail: bernardozucco95@gmail.com.

³ Graduanda em Odontologia, Universidade Franciscana.

⁴ Cirurgiã-dentista, Mestranda em Ciências da Saúde e da Vida, Universidade Franciscana.

⁵ Médica de Família e Comunidade, Mestra em Saúde da Família. E-mail: julianmallmann@gmail.com.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho apresenta o processo de territorialização em uma unidade de saúde que faz parte do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIJUI como forma de organização e apropriação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Tem como objetivo relatar a experiência do uso de ferramentas que instrumentalizam o processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde (APS). **Resultado:** A territorialização junto a unidade de saúde foi desafiadora e propiciou a apreensão das problemáticas e características da população e seu território como elemento vivo e dinâmico. **Conclusão:** O processo de territorialização foi fundamental para compreensão dos determinantes de saúde da comunidade, favorecendo uma prática efetiva dos princípios da Medicina de família e comunidade e dos atributos da APS.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária em Saúde (APS) entende-se como o nível de um sistema de saúde, responsável pelo primeiro acesso do paciente para quaisquer necessidades ou problemas, não orientando-se apenas pela doença, no decorrer do tempo, independente do ciclo de vida, atuando de maneira a coordenar e integrar a atenção recebida em outros níveis de saúde. Ao abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar do usuário. Ademais é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil a APS destaca-se como porta de entrada do sistema de saúde e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o principal meio para construção de uma APS forte. No entanto para



que isto ocorra, faz-se necessário entender a territorialização como elemento essencial para compreender as demandas e contexto da população adscrita, bem como para planejamento ascendente das ações na APS como reitera a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revisada em 2017 que estabelece a territorialização como diretriz das ações (BRASIL, 2017).

A territorialização representa uma importante ferramenta de organização das ações em saúde, sua execução se revela essencial já que sua metodologia possibilita uma óptica personalizada e sensível aos panoramas locais, sendo possível a implantação de ações em saúde oportunas para aquela localidade (ARAÚJO *et al.*, 2017). Nesse sentido, a abordagem comunitária dos profissionais da ESF permite a realização de atividades tanto dentro quanto fora da unidade de saúde, no âmbito do território. No entanto, a diversidade socioespacial do Brasil demanda a adoção de arranjos organizacionais alternativos para cada território, para que os princípios da ESF possam ser efetivamente aplicados (BRASIL, 2017).

O acesso dos usuários aos serviços de saúde pode ser facilitado ou dificultado por características organizacionais, geográficas, econômicas e culturais. Neste cenário, o processo de territorialização na APS pode ser entendido como uma técnica de planejamento e gestão que objetiva propor intervenções a partir da realidade dessas pessoas (MARTINS *et al.*, 2019). Diante disso, é atribuição comum a todos os profissionais, a participação no processo de territorialização para atuar na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, além de diagnosticar potencialidades encontradas nesse território (FARIA, 2013).

Um dos desafios do processo de territorialização em saúde é compreender a complexidade dos espaços urbanos compostos não apenas por elementos imobiliários concretos, mas principalmente por um território “vivo” com um tecido social em permanente mudança em relação às necessidades e demandas (SANTOS, 2008). Dessa forma, o diagnóstico situacional por estimativa rápida compreende uma fotografia desse filme que é a territorialização em saúde e deve ser realizado permanentemente, ao passo em que tem determinantes dinâmicos em constante transformação (COLUSSI; PEREIRA, 2016; KLEBA *et al.*, 2015).

Partindo desse exposto, a territorialização vai de encontro aos princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC), estes afirmam que o profissional deve ser o recurso de uma



população definida, e tem sua atuação centrada em tal comunidade, além disso é um clínico qualificado que tem na relação médico-paciente a priori da sua atividade (FREEMAN, 2018). Premissa que é ressaltada nos programas atuais de residência da área, formando egressos alinhados com a proposta.

Assim, o presente trabalho tem como objetivos relatar a experiência da construção da territorialização por um residente de MFC, bem como descrever os instrumentos utilizados neste processo na unidade de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo delineado a partir do método qualitativo, de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, de um residente do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade atrelado à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), realizado em março à junho de 2022 na cidade de Ijuí - Rio Grande do Sul, no território assistido pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Luiz Fogliatto.

A Estimativa Rápida Participativa foi utilizada como estratégia metodológica, abrangendo três diferentes fontes: Dados primários, Dados secundários e Observação pela equipe de saúde. Os primários correspondem às etapas de elaboração de questionários, seleção e entrevista de informante chave; caminhada junto aos Agentes de Saúde e Comunidade (ACS), listagem das atividades ofertadas pela unidade de saúde e ainda a construção de uma planilha dinâmica com gestantes, portadores de doença crônica, grupo de combate ao tabagismo, puericultura, domiciliados e acamados.

Todavia os dados secundários correspondem às análises do banco de dados do sistema informatizado do municípios e do banco do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi também realizada a análise das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município e por fim foi feita a construção de um mapeamento geográfico do território georreferenciado por meio da tecnologia Google Earth Pro, a qual permite uma perspectiva tridimensional de qualquer local (SIQUEIRA; DEUS, 2018). Já a observação da equipe



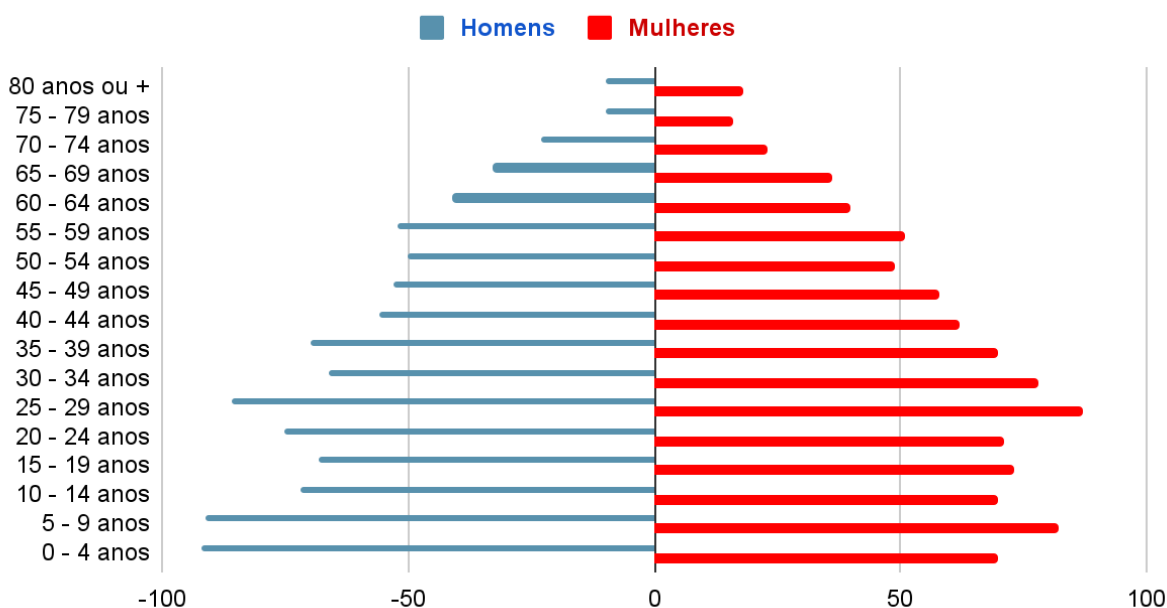
realizou-se por meio de entrevistas individuais e posterior reunião com os profissionais que atuam na unidade.

Por fim, realizou-se posteriormente a construção de um mapa dinâmico junto aos ACS, assim como uma apresentação pelo médico residente da análise dos dados obtidos para a equipe e para os preceptores da residência.

RESULTADOS

Como panorama geral da unidade, compõe-se de 2417 pacientes cadastrados, em relação ao sexo, revela-se que a população é praticamente paritária no gênero, com pequeno percentual maior de mulheres (50,02%) em relação aos homens. E quanto à faixa etária, a de maior concentração foi a de adultos, seguida por crianças/jovens e idosos.

Figura 01 - Pirâmide etária da população cadastrada na UBS Luiz Fogliatto.



A equipe da UBS Luiz Fogliatto atua em quatro microáreas, que possuem características estruturais, culturais e socioeconômicas distintas, percebidas tanto nas visitas in locu como pelos relatos dos entrevistados. Em duas dessas microáreas foram encontradas casas com construções irregulares, esgoto a céu aberto, problemas de segurança pública e locais de depósito irregular de entulho, lixo e água parada. Nesse sentido, outro dado que chamou



atenção foi que 324 pessoas, representando 13,5% da população cadastrada é beneficiária do programa Bolsa Família/ Auxílio Brasil.

Entre as instituições no território que fazem parte da comunidade estão: a Associação de Catadores de Materiais de Reciclagem de Ijuí (ACATA), onde atuam diversos moradores de forma contínua ou esporádica; Escola de Ensino Fundamental Luiz Fogliatto que oferece ensino básico para crianças de 1º até o 9º ano e apresenta aproximadamente 185 alunos; Creche Casa Criança Feliz, do berçário até o pré II com 115 alunos matriculados e há ainda a construção em andamento do Centro de esportes e lazer.

A UBS Luiz Fogliatto conta na composição de sua equipe com: duas enfermeiras, um médico, um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, três técnicos de enfermagem, uma nutricionista, uma recepcionista, três agentes comunitários de saúde, uma higienizadora e um agente de combate à endemias.

Realizou-se listagem das atividades oferecidas e desenvolvidas na UBS Luiz Fogliatto para sua população adscrita com: acompanhamento da gestante (pré-natal); puericultura; manejo de doenças crônicas prevalentes; atendimento médico, nutricional, de enfermagem e odontológico; vigilância epidemiológica; planejamento familiar; coleta de exame citopatológico do colo do útero; acolhimento; dispensação de preservativos e aplicação de anticoncepcionais; procedimentos médicos como lavagem otológica, remoção de corpo estranho, lavagem nasal, drenagem de abscesso; aplicação de medicações ambulatoriais; nebulização; tratamento ao tratamento do tabagismo; imunizações; procedimentos de equipe de enfermagem; estágios curriculares de medicina, enfermagem, nutrição e técnicos de enfermagem; realização de testes rápidos.

No momento realizado o acompanhamento de dezenove gestantes, das quais três realizam o pré-natal concomitantemente ao Pré Natal de Alto risco devido à Diabetes Mellitus Gestacional e uma em acompanhamento conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência por condição psiquiátrica que exige grande número de medicações para controle.

No que se refere às condições de saúde prevalentes, segundo o sistema informatizado do município, no período de 01 de junho de 2021 até 31 de maio de 2022, os CIDs (Classificação



Internacional de Doenças) mais recorrentes foram: Exame dentário; Aconselhamento e supervisão dietéticos; Hipertensão essencial (primária); Cefaléia tensional; Diabetes mellitus não-insulino-dependente; Diabetes mellitus insulino-dependente; Dor lombar baixa; Emissão de prescrição de repetição; Exame de rotina de saúde da criança; Pessoa que consulta para explicação de achados de exame; Supervisão de gravidez normal; Exame médico geral; Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível; Influenza (gripe) devida a vírus não identificado; Cárie dentária; Ansiedade generalizada; Gonartrose (artrose do joelho);

A partir do prontuário eletrônico do município chegou-se ao conhecimento de 116 diagnósticos de diabetes mellitus (DM) e 299 portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), que representam 4,8% e 17,59% da população com 18 anos ou mais, respectivamente. A UBS atende a 16 pacientes domiciliados, dos quais apenas 3 são acamados.

Segundo os dados da Vigilância Epidemiológica do município, no período de 01 de junho de 2021 até 31 de maio de 2022, foram constatados 45 nascidos vivos com cadastro no território por meio do SINASC e 14 óbitos no mesmo período pelo SIM, dos quais como causas de óbito relatou-se pneumonia, coronavírus, infecção generalizada de foco urinário, pneumonia neonatal, acidente de trânsito, insuficiência renal, senilidade e enfisema pulmonar. Destaca-se também que via SINAN, foram notificados: 699 casos suspeitos de infecção por coronavírus de localização não específica; 2 por dengue clássica; 14 agressão por meios não especificados; 8 circunstâncias relativas às condições de trabalho; 4 efeito tóxico de substâncias não especificada; 2 sífilis não especificada; 1 sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério; 4 exposição a outras forças mecânicas animadas e não especificadas; 1 efeito adverso de substâncias que atuam primariamente sobre o aparelho gastrointestinal não especificadas.

Realizou-se mapeamento do território a partir do georreferenciamento com a ferramenta Google Earth Pro que depois serviu de base para confecção do mapa dinâmico em formato de maquete juntamente com os ACS.

Figura 02 - Mapeamento do território a partir do Google Earth Pro.



Aplicou-se questionário elaborado constituído por 47 questões divididas em 4 blocos. Os blocos eram compostos por cinco até 10 questões com diferentes enfoques capazes de conduzir a entrevista de maneira cautelosa, porém objetiva. Foi aplicado com 15 pessoas, dentre elas, profissionais de saúde e usuários chave para conhecimento da história do território e da unidade de saúde. Além disso, o questionário teve como finalidade a identificação de problemáticas e potencialidades do território e da UBS.

O primeiro bloco era referente a informações de identificação do entrevistado, dos quais eram compostos por 10 pessoas do sexo feminino, idade entre 37 e 88 anos, escolaridade predominante por ensino médio completo e tempo que reside no território de 2 a 37 anos.

Já no segundo bloco, questionou-se sobre a comunidade em questão, seu histórico de surgimento no qual a maioria respondeu ser a partir de apropriação de terrenos e ganhos de terra da prefeitura e seus primeiros moradores vieram predominantemente de municípios vizinhos como Jóiá, Augusto Pestana e Panambi. Sobre a rotina a que a comunidade estava habituada verificou-se que o principal grupo que participavam era composto por igrejas e as principais conquistas citadas foram a UBS e as escolas localizadas no bairro. As principais



demandas problemáticas que os moradores julgam urgentes no território foram as relacionadas à falta de saneamento básico e ao uso de drogas por adolescentes. Quando questionados sobre onde as pessoas do território trabalham, as principais respostas foram no setor da construção civil, comércio e na coleta seletiva. Na questão sobre onde as pessoas se divertem dentro do bairro, a grande maioria respondeu que não há locais para lazer dentro do território. No que tange às condições de moradia, quase a totalidade respondeu que são bem diversas, dependendo de qual microárea a pessoa mora.

No terceiro bloco, buscou-se compreender a partir do olhar do morador quais doenças acometiam mais seus similares. Os entrevistados referiram que crianças e adolescentes adoeciam por negligência da família, asma, drogas, gripe/viroses, que os adultos por HAS, DM, uso de drogas e depressão, já os idosos devido a HAS, DM, acidente vascular cerebral, câncer, senilidade e mal cuidado da família.

Por fim, no quarto e último bloco, buscou-se a identificação dos serviços de saúde utilizados pela comunidade, no qual a totalidade citou a UBS e duas pessoas citaram também a Unidade de Pronto Atendimento da cidade. Ao serem questionados sobre como avaliam a UBS, a grande maioria caracteriza como serviço de grande qualidade e ótimo, sendo que na pergunta sobre conseguir resolver sua demanda na UBS a maioria respondeu sim. Sobre a dificuldade de acesso à unidade, foram citadas a rampa de acesso da UBS e a qualidade das ruas e calçadas do bairro.

DISCUSSÃO

Demonstrou-se um evidente desafio o processo de territorialização por meio de estimativa rápida durante o início da residência de MFC. Constatou-se que na comunidade em questão o número de pessoas cadastradas é 2.471, sendo que esta caracteriza-se por alta vulnerabilidade socioeconômica, e grande dependência dos serviços ofertados pelo Serviço Único de Saúde (SUS), em consonância com o que é previsto pela PNAB de 2017, onde era previsto o cadastramento de 2.000 a 3.000 pessoas por unidade levando em consideração as demandas da população (BRASIL, 2017). Esta recomendação, posteriormente, foi modificada em 2019 com o novo modelo de financiamento de custeio para a APS que aumentou para 4.000 pessoas cadastradas por unidade (BRASIL, 2019).



Verificou-se considerável número de pontos de risco durante o processo de territorialização, com locais de maior vulnerabilidade para a comunidade, o que relaciona-se com os determinantes sociais de saúde da população no território, uma vez que a complexidade do processo de saúde-doença sustentada pelos determinantes sociais de saúde, também objetiva identificar problemas, limitações e potencialidades dos serviços de saúde para planejar ações de adequação do sistema às necessidades da população (QUEIROZ; VALENTE, 2019).

Durante todo processo de territorialização, foi possível perceber o ACS como o principal elo entre a equipe e a comunidade. O contato constante com a comunidade permite a este o potencial para favorecer o trabalho da equipe, dessa forma, cooperar na reorganização dos serviços de saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Nesse sentido, as práticas de territorialização devem oportunizar apreensão e compreensão do território, assim como a reflexão de todas as partes que o compõem (SILVA *et al.*, 2011).

O conceito de saúde como qualidade de vida requer a passagem de um trabalho individual, compartimentado para uma ação coletiva, onde um profissional pode se reconstruir na prática do outro (ARAÚJO *et al.*, 2007). Nesse sentido, salientamos a importância da multidisciplinaridade presente na UBS, já que dessa forma é mais factível oferecer ao usuário um tratamento integral das suas demandas.

Por conseguinte, a UBS oferece uma gama de serviços e procedimentos compatíveis na tentativa de cumprir com os atributos de acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção, além de tentar qualificar sua ação orientação familiar, orientação da comunidade e competência cultural como é preconizado para uma APS forte (STARFIELD, 2002).

Neste contexto, conhecer o perfil da demanda que procura a unidade de saúde torna-se essencial para a organização da UBS e para o aperfeiçoamento de programas assistenciais neste nível (SALVIO *et al.*, 2008). Na territorialização mediante estimativa rápida realizou-se o estudo de demandas por meio de pesquisa dos CIDs mais recorrentes, notificações do SINAN e pelo relato das pessoas chaves, percebendo-se por exemplo o alto número de notificações para suspeita de coronavírus e violência.



O processo de territorialização também permite identificar diferenças na composição da comunidade que fazem com que as demandas sejam distintas da média do território nacional. Exemplo disso, é a prevalência de 4,8% de HAS e 17,59% de DM entre os adultos, menor que a média brasileira de 7,4% e 24,5% respectivamente (UNASUS, 2020), podendo ser devido, entre outros, a composição de faixas etárias mais jovens da população da UBS em comparação com a estimativa nacional (IBGE, 2020).

As entrevistas realizadas com questionários previamente elaborados conseguiram dar protagonismo à comunidade, o que aproxima de uma transformação, mostra as características do local e funciona como fator facilitador de problemas do território (MOYSÉS; SÁ, 2014). Dentre os principais pontos elencados pelos entrevistados estão condições de saneamento precárias, pobreza e moradia, corroborados na literatura como um dos principais desafios para atuação das equipes de APS, inclusive com riscos à sua atuação profissional (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019). Outra demanda ressaltada pelos usuários foi a escassez de equipamentos sociais com espaço para prática de exercícios físicos, como campos de futebol, academias de ginástica, clubes recreativos e reflete diretamente na saúde da comunidade propiciando o desenvolvimento de doenças crônicas (CALISTRO *et. al.*, 2021)

CONCLUSÕES

O processo de territorialização permitiu o diagnóstico situacional da UBS Luiz Fogliatto, identificando suas diversidades, vulnerabilidades, fragilidades, potencialidades, com grande relevância, visto que utilizou-se de ferramentas diversas como estratégias para possibilitar a inserção do residente em MFC na unidade. A aplicação dessas ferramentas mostrou-se eficaz uma vez que facilitou a geração, o armazenamento, a localização bem como a análise de dados de saúde da população.

A relevância dessa experiência também está na construção das competências esperadas para um residente de MFC como abordagem familiar e comunitária, compreendendo o território como espaço vivo, que está em constante transformação com necessidade de garantir a participação popular. É necessário ressaltar a importância de traçar um perfil da realidade territorial, mas que não pode ser generalizada, tendo em vista que cada território possui suas particularidades.



Perante o exposto, o residente e a equipe estão mais preparados para atuar e planejar ações na unidade de saúde ao passo em que a territorialização foi fundamental para compreensão dos aspectos históricos, determinantes sociais e de saúde da comunidade, favorecendo uma prática efetiva dos princípios da MFC e dos atributos da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência; Planejamento em Saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M, B, S, R; ROCHA P. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: [Trabalho em equipe](#) . Acesso em: 14 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: [Portaria n° 2.436](#). Acesso em: 07 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Brasília, 2019. Acesso em: 23 de janeiro de 2023. Disponível em: [Portaria n° 2.979](#) . Acesso em: 16 janeiro de 2023.

CALISTRO, M. O. *et al.* Territorialização com uso de e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, SÃO PAULO, SP. 2021.

CARDOSO, A. S; NASCIMENTO, M. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [Comunicação o agente de saúde elo integrador](#). Acesso em: 04 de março de 2023.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública** . Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [A prática da medicina de família e comunidade](#). Acesso em: 15 jan. 2020.

COLUSSI, C, F; PEREIRA, K. **Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2016. Disponível em: [Territorialização do instrumento](#) . Acesso em 15 de fevereiro de 2023.



Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. **UNA-SUS. FIOCRUZ.** 2020. Disponível em: [Diabetes e HAS](#) . Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Campinas, SP, 2013. Disponível em: [A territorialização da APS](#) . Acesso em 14 de fevereiro de 2023.

FREEMAN, T. R. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. v. 4. Porto Alegre. **Artmed**. 2018.

KLEBA, M. *et al.* Estimativa Rápida Participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista grifos**, Chapecó, SC. 2015. Disponível em: [Estimativa rápida](#). Acesso em 15 de janeiro de 2023.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [Acesso aos serviços de atenção primária](#). Acesso em: 15 janeiro de 2023.

MOYSÉS, S. T, SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: [Brasil- Planos locais](#). Acesso em 04 de março de 2023.

Projeção da População do Brasil e das unidades da federação. **IBGE**. 2020. Disponível em: [IBGE, projeção](#). Acesso em 02 de março de 2023.

QUEIROZ, R; VALENTE, C. G. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. **Revista Enfermagem Atual in Derme**. Niterói , Rio De Janeiro. 2019. Disponível em: [Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde](#). Acesso em: 16 de Janeiro de 2023

SALVIO, R. C. N. S. *et al.* Inquérito de morbidade de serviço de primeiro atendimento ambulatorial em hospital universitário. **Revista brasileira de medicina família e comunidade**. Rio de Janeiro. 2008. Acesso em: 14 de fevereiro de 2023. Disponível em: [Hftchh](#).



SILVA, D. R. *et al.* O processo de territorialização da residência multiprofissional em saúde da família/comunidade, fortaleza, ceará, brasil. **Revista Geográfica da América Central**. Fortaleza, CE. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2547> . Acesso em 12 de março de 2023.

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. v. 5. São Paulo: EdUSP. 2008.

SIQUEIRA, T; DEUS, S. P. D. Google Earth Pro: Possibilidades para o estudo da cidade no ensino de geografia. **Anais do IX Fórum Nacional NEPEG de formação de professores de geografia**, 2018. Acesso em 13 de fevereiro de 2023. Disponível em: nepeg.com/newnepeg/wp-content/uploads/2017/02/GT1_01_Google-earth-pro-possibilidades-para-o-estudo-da-cidade-no-ensino-de-Geografia.pdf .

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002. Acesso em 04 de março de 2023. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf