



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

TERRITORIALIZAÇÃO - FERRAMENTA INDISPENSÁVEL À SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliana Rodrigues de Souza Araújo (juenf@gmail.com) – UFPE
George Roberto Lopes Araújo (g1araujo@hotmail.com) - FUNESO

Eixo 5: Territórios, Desigualdades Sociais e Distribuição dos Serviços de Saúde.

Resumo

A territorialização, amplamente discutida na Geografia, é um dos elementos fundamentais que subsidia o trabalho da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que fomenta, como nenhuma outra ferramenta, o diagnóstico de saúde local da população, além de verificar os organismos horizontais que se articulam e se imbricam para assistir os indivíduos e a coletividade de modo integral, conforme preconizado pelo Sistema de Saúde vigente no Brasil. O presente artigo tem como objetivos discutir a relação entre território e a Estratégia de Saúde da Família e verificar a organização do território como ferramenta de trabalho da equipe da Unidade de Saúde da Família de Jatobá, bairro da cidade de Olinda, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, na referida unidade, no período de janeiro a março de 2013, através da análise de instrumentos da Atenção Básica – fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e Mapa da Sala de Situação e da Área de Abrigência. Acredita-se que esse estudo possa contribuir para consolidar a o uso da territorialização na vivência dessa e de outras equipes da Atenção Básica, fortalecendo o processo do referido segmento e sendo usado como critério de apreciação na tomada de decisão acertada por parte da gestão.

Palavras-chave: Territorialização, Estratégia de Saúde da Família, Ferramenta, Diagnóstico de Saúde.

Abstract

The territorialization, widely discussed in Geography, is one of the key elements that subsidizes the work of the Family Health Strategy, as it fosters, like any other tool, diagnostic health local population, and to identify the organisms that horizontal articulate and intertwine to assist individuals and the community so integral, as recommended by the Health System in force in Brazil. This article aims to discuss the relationship between territory and Family Health Strategy and verify the organization of the territory as a working tool Team Unity Family Health Jatoba, neighborhood city of Olinda. This is a qualitative and descriptive in that unit for the period from January to March 2013, through the analysis of instruments of Primary Care - tokens Information System Primary Care - SIAB and Map of Situation Room and area Abrigência. It is believed that this study will contribute to consolidate the use of territorialization in the experience of this and other Primary Care teams, strengthening the process of that segment and being used as an assessment criterion in making the right decision by the management.

Keywords: Territorialization, Family Health Strategy, Tool, Diagnostic Health.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Território

Em uma sociedade política os indivíduos se articulam por meio de relações reguladas e possui princípios mínimos de organização. Essa organização só se viabiliza quando existe um *poder* habilitado a coordenar todos aqueles que se encontram em um determinado espaço. Por isso, quando se analisam os coletivos humanos ao longo da história, só se destaca a noção de território a partir das primeiras sociedades políticas. Com isso, corrobora-se a hipótese de que um elemento indissociável da noção de poder é o território, dado que não há organização sem poder (NUNES, 2006).

Para o geógrafo alemão Fredich Ratzel, no fim do século XIX e início do século XX, o território constituía-se no “espaço vital”, onde o Estado é o provedor do seu desenvolvimento mediante a ação do seu povo com a terra.(CORREA, 2005).

No cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a re-organização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Para Monken *et al* (2008), o setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, definidos pela Constituição Federal de 1988. Não obstante os avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, demandando uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de gestão do sistema – da União, do Estado e do Município, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política, globalização/ mundialização e neoliberalismo.

Uma proposta transformadora de saberes e práticas locais concebe a territorialização de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “território como uma categoria de análise social” ;um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde(SOUZA, 2004).

A territorialização pode expressar também, para Fleury & Ouverney, (2007) a pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS.

1.2 Estratégia de Saúde da Família

Para o Ministério da Saúde - MS(BRASIL, 2011), a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

A Atenção Básica tem como fundamento e diretriz ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.

As Equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

Entre as atividades realizadas estão a assistência integral ao usuário e as atividades de educação e promoção à saúde, o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

1.3. Uma Ferramenta a serviço da Saúde

Conhecer a realidade local torna-se bastante pertinente na perspectiva de considerar saúde em seu sentido ampliado. Essa concepção é subsidiada pela renovação do pensamento geográfico de Milton Santos, que tenta superar uma visão de espaço meramente físico, entendendo-o como processo e produto das relações sociais (FARIA, 2009).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como centros de referência (PEREIRA, 2006).



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

O espaço-território pode ser compreendido como o *locus* onde se verifica a interação entre a população e os serviços locais. O reconhecimento desse território marcado por uma população específica vivendo em tempo e espaço singulares, deve ser compreendido por profissionais e gestores levando em consideração os problemas e necessidades de saúde determinantes (MOKEN & BARCELLOS, 2007).

Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e; as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Souza (2004), afirma que a saúde pública recorre a territorialização de informações, há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Essa forma restrita de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos. Alegam ser um equívoco falar em territorialização da saúde, pois seria uma tautologia já que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos, e que todas as coisas estão necessariamente territorializadas. essa crítica é bem-vinda, enriquece o debate teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

A pesquisa consiste em um estudo qualitativo, de caráter descritivo.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Tais abordagens são mais utilizadas nos “estudos de grupo e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, das relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2010).

Os objetivos deste trabalho são: discutir a relação entre território e a Estratégia de Saúde da Família e verificar a organização do território como ferramenta de trabalho da



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

equipe da Unidade de Saúde da Família de Jatobá, bairro da cidade de Olinda, Pernambuco.

Foram utilizadas a técnica de revisão da literatura, para alicerçar os conceitos norteadores que regem esse estudo; a análise documental, do período de janeiro a março de 2013, dos formulários SSA2 e PMA2, que retroalimentam o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica; a observação do Mapa da Área de Abrangência e o Mapa da Sala de Situação da Atenção Básica, que evidencia os indicadores de saúde desse segmento da assistência.

A análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (RICHARDSON, 2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cidade de Olinda é a terceira maior cidade de Pernambuco, abriga uma população de 397.268 habitantes. A cidade detém uma taxa de densidade demográfica de 9.122,11 habitantes por quilômetros quadrados, a maior do estado e a quinta maior do Brasil (IBGE/2010). A Secretaria de Saúde de Olinda (2009), estruturou a sua rede de atenção básica com auxílio de Estratégia de Saúde da Família através da atuação de 35 equipes.

Segundo análise do Mapa da Área de Abrangência (2012) e o Mapa da Sala de Situação(2013), a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Jatobá assiste a 4056 indivíduos, aproximadamente, 1453 famílias e está constituída pelo território de sete microáreas, que possuem suas peculiaridades, mas que dialogam entre si os mesmos problema:

- A microárea 2 está sem acompanhamento sistemático do agente comunitário de saúde, porém é assistida pelos demais membros da equipe, vale salientar que não há dados concretos desse recorte(número de famílias e indivíduos), já que não é acompanhada regularmente pelo agente. A equipe buscou a alternativa de redesenhar esse microterritório para redistribuí-lo posteriormente, encontra-se em fase de elaboração.
- A microárea 4 não encontra-se bem distribuída, de forma que assistência da agente comunitária de saúde não possui continuidade territorial, até mesmo em uma única rua.
- A microárea 5 encontra-se fragmentada em sua faixa territorial e possui a característica de englobar o perfil sócio-econômico mais precário, fato percebido pela manifestação de



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

intenso tráfico de drogas, maior ocorrência de gestação em menores de 20 anos e incidência de doenças infecto-contagiosas em maior número que as demais microáreas..

- As microáreas 6 e 7, além de trecho da microárea, 5 possuem a característica de não estarem inseridas no contexto de continuidade territorial, uma vez que encontram-se muito afastadas da unidade, o que acaba prejudicando o acesso dos moradores ao serviço de saúde, em especial, os idosos, as gestantes, as crianças e todos àqueles com dificuldade de locomoção.
- Em todas as áreas é observado que existem domicílios que estão, territorialmente inseridos na área de abrangência da unidade, mas que não usufruem desse benefício, uma vez que não são cadastrados, visto a sobrecarga do número de indivíduos que a equipe possui.
- Outro detalhe percebido é a descontinuidade do território como um todo, produzindo uma grande lacuna entre as microáreas 1,2,3,4 e trecho da 5, e as microáreas 6 e 7 e o outro trecho da 5; evidenciado claramente pela visualização do mapa da área de abrangência da unidade.

Salienta-se a recomendação do Ministério da Saúde – MS, que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

A problemática descrita já foi discutida com a equipe e os gestores, sendo concluído que é necessário haver:

- um remapeamento da área de abrangência, de forma que inclua os indivíduos não contemplados pela estratégia, redistribuindo essas famílias com os seis agentes de saúde da unidade, obedecendo o critério do MS onde o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2011).
- redistribuição da demanda que não se enquadra no caráter de continuidade territorial para uma nova unidade de saúde da família a ser criada, nas proximidades das microáreas 6 e 7.

Atualmente, a equipe encontra-se em processo de redimensionamento/redistribuição da área de abrangência.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

A equipe técnica de Saúde da Família da USF – Jatobá é constituída pelo médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e seis agentes de saúde da família, estando sob a responsabilidade de uma Gerência de Território, com colaboração do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que por sua vez é formado por psicóloga, nutricionista, assistente social, farmacêutica e educadora física.

Numa relação horizontal a USF tem como rede de referência as Policlínicas, Centros de Saúde, Centros Odontológicos e de Saúde Ambiental, Maternidades, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Assistência Especializada, Laboratório, Centro de Apoio Diagnóstico, Diretoria de Vigilância em Saúde e Programa Nacional de Imunização; de tal forma, que possibilita o acesso dos indivíduos ao serviço de saúde regionalizado.

Além disso, a USF-Jatobá conta com a liderança comunitária da Associação dos Moradores de Jatobá; dispõe de outros equipamentos sociais como as diversas igrejas evangélicas, a igreja católica e alguns terreiros de candomblé que estão inseridos no seu contexto. Dispõe ainda de uma escola municipal e uma escola estadual em seu território. Nesse cenário, a implementação de parcerias entre instituições e atores sociais são capazes de modificar o quadro social e epidemiológico do local (PEREIRA, 2006).

O contexto de territorialização é aplicado diariamente no cotidiano da equipe, um exemplo disto é a reunião mensal sobre a confecção do Mapa da Sala de Situação – instrumento que reúne os indicadores de saúde da atenção básica, momento em que toda a equipe constrói um território imaginário a partir de dados reais e se debruçam sobre a realidade local fazendo reflexões e tomando decisões pertinentes ao campo saúde-doença.

4. CONCLUSÕES

Esse estudo pretende, em seu aspecto acadêmico, fomentar os debates acerca da gestão do território aplicados às políticas de saúde, questão pouco explorada pela geografia, apesar de ser um campo vasto em demandas e análises transdisciplinares.

Assim, acredita-se que além da contribuição teórica sobre a discussão do território e da territorialização, os resultados apresentados possam servir de instrumentos de apoio a gestores da área da saúde no que diz respeito ao planejamento e à gestão de políticas que utilizam o território como unidade de planejamento, assim como é a Política da Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, Bezerra (2012), afirma que a ciência geográfica deve contribuir na construção dessas propostas coletivas



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

que, uma vez planejadas e executadas, são reproduzidas no espaço geográfico e interferem diretamente na vida e no cotidiano das populações bem como nas transformações das configurações territoriais.

A proposta da territorialização, com toda crítica que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção.

A real territorialização não deve se limitar à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se amplia à reorientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes cujas finalidades se proponham a construir a integralidade das ações, com serviços capazes de acolher os indivíduos e de fornecerem uma terapêutica efetiva aos seus problemas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011**, Diário Oficial da União, Poder Executivo; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

IBGE. **Dados básicos do município de Olinda**, Brasil 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acessado em 10 de abril de 2013.

OLINDA, Secretaria de Saúde de Olinda. **Mapa da Área de Abrangência da USF – Jatobá**, Olinda, 2012

OLINDA, Secretaria de Saúde de Olinda. **Guia Saúde Olinda**. Olinda, 2009

OLINDA, Secretaria de Saúde de Olinda. **Mapa da Sala de Situação da USF Jatobá**, Olinda, 2013

BEZERRA, ACV. **A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização**. Tese de Doutorado em Geografia, UFPE, Recife, 2012

CORREA, R. L. **Espaço: um conceito-chave da geografia**. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORREA, R. L (orgs). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2005.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** *Revista RA'E GA*, Curitiba, n. 17, 2009.

FLEURY, S. M. & OUVÉRY, A. M. **Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O Território na promoção e vigilância em saúde.** In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org). *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

NUNES, P. H. F. **A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território.** *Questiones Constitucionales*, n.15, Julio-Diciembre, 2006

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. **O território no Programa de Saúde da Família.** *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, 2006

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 4. Ed.. São Paulo: Atlas, 2009.

SOUZA, M. A. **Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”.** In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.* 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, 2004

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILASBÔAS, A L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(2): 1998.