

Processo de Territorialização e Possibilidades de Intervenção na Atenção Primária à Saúde

Territorialization Process and Possibilities for Intervention in Primary Health Care

Proceso de Territorialización y Posibilidades de Intervención en la Atención Primaria de Salud

RESUMO

Objetivo: O estudo tem como objetivo descrever o processo de territorialização em um território em Santa Catarina e analisar as possibilidades de intervenção a partir dos seus resultados. **Método:** Trata-se relato de experiência dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional no processo de territorialização. Apresenta as etapas metodológicas da territorialização e as possibilidades a partir dos resultados do processo no município. **Resultados:** Houve a compreensão dos profissionais quanto à realidade do território, suas particularidades e contextos locais, bem como de que maneira as estratégias desenvolvidas pelas equipes de saúde interferem no cotidiano da comunidade. Permitiu ainda o fortalecimento do vínculo entre as equipes e a melhoria da comunicação entre os profissionais, possibilitando a elaboração do planejamento compartilhado. **Conclusão:** A territorialização constitui uma ferramenta para a organização das práticas em saúde, favorecendo o acesso, a participação social e o funcionamento dos serviços de acordo com os princípios do SUS.

DESCRIPTORES: Territorialização da Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe the territorialization process in a territory located in Santa Catarina, Brazil, and to analyze the possibilities for intervention based on its results. **Method:** This is an experience report developed by residents of a Multiprofessional Residency Program during the territorialization process. The study presents the methodological stages of territorialization and discusses the possibilities arising from the results obtained in the municipality. **Results:** The process enabled health professionals to better understand the reality of the territory, its specific characteristics, and local contexts, as well as how the strategies developed by health teams influence the community's daily life. It also strengthened the bond among team members and improved communication between professionals, facilitating the development of shared planning. **Conclusion:** Territorialization is an important tool for organizing health practices, promoting access to healthcare, social participation, and the functioning of services in accordance with the principles of the Brazilian Unified Health System.

DESCRIPTORS: Territorialization in Primary Health Care; Primary Health Care; Unified Health System.

RESUMEN:

Objetivo: El estudio tiene como objetivo describir el proceso de territorialización en un territorio del Santa Catarina, Brasil, y analizar las posibilidades de intervención a partir de sus resultados. **Método:** Se trata de un relato de experiencia realizado por residentes de un Programa de Residencia Multiprofesional durante el proceso de territorialización. El estudio presenta las etapas metodológicas de la territorialización y las posibilidades derivadas de los resultados obtenidos en el municipio. **Resultados:** El proceso permitió a los profesionales comprender mejor la realidad del territorio, sus particularidades y contextos locales, así como la manera en que las estrategias desarrolladas por los equipos de salud influyen en la vida cotidiana de la comunidad. También favoreció el fortalecimiento de los vínculos entre los equipos y la mejora de la comunicación entre los profesionales, posibilitando la elaboración de una planificación compartida. **Conclusión:** La territorialización constituye una herramienta fundamental para la organización de las prácticas de salud, favoreciendo el acceso a los servicios, la participación social y el funcionamiento de los servicios de acuerdo con los principios del Sistema Único de Salud.

DESCRIPTORES: Territorialización de la Atención Primaria; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud.

RECEBIDO EM: 22/06/2026 APROVADO EM: 26/08/2026

Como citar este artigo: Bottamedi D, Filipi JF. Processo de Territorialização e Possibilidades de Intervenção na Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];18 (113):20902-20913. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v18i113p20902-20913

ID Daiane Bottamedi

Mestre em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4651-8847>

Autor Correspondente:

Email: dai.bottamedi@gmail.com

Endereço: Rua Bernardo Groh, nº 93 – Bairro 1º de Maio. Brusque – SC, Brasil CEP: 88353-51

ID Jaqueline Fuchter Filipi

Especialista em Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família. Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7392-5809>

INTRODUÇÃO

O conceito de espaço está relacionado ao patrimônio natural existente numa região definida. O entendimento do espaço como um conjunto de fixos e fluxos, reúne materialidade e a vida que a anima⁽¹⁾. Elementos atuantes interligados entre ações e redefinições nas suas modificações.

O território se constitui no espaço e a apropriação do homem sob ele. Espaço delimitado, produzido pela sociedade, com existência de somatórios de espaço, objetos geográficos, atores sociais, relações e poderes variáveis⁽²⁾. Esse conceito consiste em perceber o modo de vida, relação de poder, das pessoas entre si e com o meio, compondo constantes interações e significados que constroem a identidade do território, juntamente com a compreensão da territorialidade. E estreitamente ligada ao modo como as pessoas utilizam e se organizam no espaço, atribuindo significado ao lugar⁽³⁾. É, portanto, um espaço dinâmico, socialmente construído e considerado uma área de atuação e responsabilidades⁽⁴⁾.

No âmbito do SUS, a distribuição do território incorpora suas múltiplas dimensões, possibilita a criação de vínculos e identidades, facilitando o desenvolvimento das práticas de saúde e a criação de espaços de comunicação e educação⁽⁵⁾.

A territorialização é uma ferramenta importante no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

Pode ser entendida como um processo de apropriação do espaço ou por sua terminologia, a criação de territórios⁽⁶⁾. Representa um instrumento organizacional dos processos de trabalhos e das práticas de saúde, além de redirecionar o olhar dos profissionais de saúde à realidade de atuação⁽⁷⁾. Do qual ampliam os conceitos propriamente geográficos e interagem com os contextos políticos, sociais e de produção. Por meio da territorialização é possível presumir o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas e, além disso, é necessário impactar, de maneira adequada, sob o estado de saúde da população adscrita⁽⁸⁾. Direcionando o olhar aos vários elementos que integram e constroem o processo de saúde-doença.

Portanto, o processo de territorialização é parte indispensável para a organização dos serviços na APS, pois por meio dela, é possível identificar a população que estará sobre seus cuidados, além de realizar um planejamento que visa a longitudinalidade da atenção⁽⁹⁾. A operacionalização da ESF se dá por meio da demarcação territorial dos usuários, da execução do trabalho realizado por equipe multidisciplinar e interdisciplinar, do conhecimento das famílias que são o alvo da assistência e do elo entre os colaboradores e as famílias assistidas⁽¹⁰⁾.

Por meio da territorialização é possível presumir o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas e, além disso, é neces-

sário impactar, de maneira adequada, sob o estado de saúde da população adscrita. Todavia, para que isso aconteça, é necessário o cadastro todas as famílias, pois por meio desse diagnóstico é possível: detectar os fatores de risco e de saúde da população; programar, junto com a comunidade, planos de ação que visem enfrentar os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença; prestar atendimento integral à comunidade seja em domicílio ou na ESF, além de acompanhar as pessoas que foram atendidas nos serviços de referência hospitalar ou ambulatorial e desenvolver práticas educativas visando meios de enfrentar os problemas de saúde⁽⁸⁾.

Observa-se uma multiplicidade de enfoques e propostas metodológicas que subsidiam a formulação de políticas, organização e a avaliação de sistemas de saúde, para posterior elaboração de projetos e reorientações para o enfrentamento de problemas atendendo as necessidades da comunidade através de determinações geográficas, demográficas, epidemiológicas e sociais⁽¹¹⁾. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo geral descrever e analisar o processo de territorialização em um território do município de Brusque/SC e analisar as possibilidades de intervenção a partir dos resultados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de

relato de experiência. Utiliza a abordagem de natureza qualitativa por permitir a significação à experiência, relacionando-a aos princípios da saúde e seus campos (12). Descreve a experiência dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, no projeto piloto do processo de territorialização realizado em um município do Médio Vale do Itajaí de Santa Catarina, em 2018.

Para alcançar os objetivos propostos o processo de territorialização percorreu um caminho metodológico organizado em quatro etapas: planejamento, execução, análise e finalização. Os instrumentos utilizados durante a execução da territorialização constituíram-se em mapeamento, produção de imagens, entrevista semiestruturada⁽³⁾. E o levantamento dos dados epidemiológicos anteriormente coletados pelas equipes de saúde da família (eSF).

O delineamento do resultado ocorreu a partir da análise dos resultados correlacionado a literatura científica. Em síntese, as informações foram coletadas durante o processo, por meio da vivência, diálogos e relatórios. O resultante final da territorialização levantou hipóteses e as possibilidades de intervenção.

O município situado na região do Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, apresenta uma área territorial de 283,223 km² e conta com uma população estimada de 128.818 habitantes⁽¹³⁾. No âmbito da saúde, o município é composto por 31 Estratégias de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 23 unidades básicas de saúde (UBS) e subdividido em cinco regionais de saúde para melhor organização e operacionalização dos serviços.

Por se tratar de um relato de experiência, sem envolvimento direto de seres humanos como participantes de pesquisa, o manuscrito não foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade

com a Resolução CNS nº 510/2016.

RESULTADOS

O processo de territorialização relatado ocorreu como um projeto piloto, em duas ESF do município de Brusque. O projeto foi idealizado entre a gestão, preceptores e residentes para a sensibilização das equipes da eSF para o processo contínuo no processo de trabalho, assim como a identificação das potencialidades e necessidades dos territórios em níveis locais.

O início da territorialização ocorreu após reunião entre gestão, equipes da ESF e NASF e residentes. Inicialmente, foi realizada a sensibilização das equipes frente a territorialização e a explanação dos objetivos, metodologia e prazos. Com auxílio da gestão e em apoio ao setor de desenvolvimento urbano, foram cedidos mapas atualizados de todos os territórios do município e os residentes e equipes NASF foram subdivididos em grupos de trabalho para apoio as equipes da ESF.

Os instrumentos utilizados durante a execução da territorialização constituíram-se em levantamento demográfico, mapeamento e, produção de imagens, entrevista semiestruturada⁽³⁾. E o levantamento dos dados epidemiológicos anteriormente coletados pelas equipes de saúde da família (eSF). O mapeamento e a produção de imagens, ocorreu através da fototnografia, com base em um roteiro norteador, a fim de verificar aspectos sociais, ambientais e sanitários a partir da produção das imagens, com registro de pontos tais como: Panorâmica do território; Espaços socioculturais construídos que as pessoas frequentem; Espaços de produção de trabalho; Espaços de habitação; Infraestrutura urbana; Espaços naturais; Pessoas/integração social; Aspectos das pessoas e nutrição; Situação de risco para problemas de saúde; práticas locais que demonstram potencia-

lidades da população. As fotos foram organizadas em pastas no desktop, criada para armazenamento e facilitação do acesso por todos os envolvidos. Após o processo in loco, houve a reunião da equipe para adesivação do mapa com os locais identificados no processo de mapeamento e fototnografia. Foram adicionados adesivos de forma representativa, a cada ponto, os mapas foram confeccionados com cores distintas entre as microáreas. Os dados epidemiológicos e demográficos coletados pelas equipes eSF foram utilizados para realizar o mapeamento do perfil populacional dos territórios. Os dados foram solicitados individualmente para as ACS, em microáreas descobertas ou com dados incompletos foram realizadas visitas domiciliares para atualização dos cadastros e coleta de informações, e posteriormente os dados foram unidos a um documento único. Por último, foi realizado o contato com alguns moradores do território para a aproximação da perspectiva da populacional, reconhecimento das impressões da localidade e aprofundar o reconhecimento sobre as nuances do território.

Após estas etapas concluídas realizou-se uma reunião entre os envolvidos e gestão, para apresentação e discussão dos resultados do projeto piloto, que impulsionou o avanço do projeto em toda a extensão do município. Posteriormente, ocorreu a análise dos dados coletados e por meio desses construíram-se os mapas inteligentes, nos quais podem ser identificados os dados epidemiológicos, dados demográficos, equipamentos sociais, áreas de vulnerabilidades, condições de vida e situação de saúde. Dentre o esperado, pontuaram-se potencialidade e fragilidades na organização e desenvolvimento da territorialização.

Destaca-se o olhar para a utilização desta metodologia como estratégia pedagógica de qualificação formativa e profissional aos envolvidos, principalmente aos residentes. Auxiliando

a ressignificar o território a partir dos contextos de vida dos sujeitos e especificidades do território, aperfeiçoando as possibilidades de intervenção. Permitiu a melhoria da comunicação o fortalecimento de vínculo entre as equipes do NASF e ESF. Evidente a percepção das diferentes concepções de território e territorialização dos profissionais da rede referenciada à visão conceitual, a organização e ao desenvolvimento expresso na prática deste processo de trabalho. E ao final, a possibilidade da elaboração de planejamento estratégico em conjunto.

Uma das dificuldades encontradas foi o cadastramento das famílias nas áreas descobertas, tornando evidente a importância do agente comunitário de saúde para reconhecimento do perfil epidemiológico local. Foi possível identificar o desconhecimento das características demográficas, epidemiológicas e sociais do território das ESF, a falta de infraestrutura e recursos humanos, o excedente populacional por ESF, a falta de conselhos locais de saúde e participação popular. A partir destas análises e observações permitiu-se delinear os perfis e identidades territoriais e das entrevistas foi possível a aproximação entre os profissionais e entrevistados.

DISCUSSÃO

A nova portaria da PNAB nº 2436 de 21 de setembro de 2017 estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, redirecionando a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de

2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território⁽⁹⁾. Há implicação e necessidade de rever os limites com periodicidade, no entanto, não há um padrão temporal para isso⁽⁶⁾. Visto o crescimento municipal nos últimos anos e a necessidade da gestão de realinhar e realocar os limites territoriais em dimensão municipal,

reconhecer os lugares com maior crescimento populacional, assim como os territórios com mais necessidades de recursos de saúde e possíveis contratações de recursos humanos.

O processo de territorialização foi retomado a partir da demanda apresentada pela gestão da Atenção Básica do município, através da identificação de um desequilíbrio tanto quantitativo como qualitativo das distribuições territoriais. Considerando que a última revisão quantitativa em âmbito municipal foi realizada no ano de 2012, foi notado neste momento, a necessidade de distinguir e redistribuir áreas lotadas acima de 3.500 pessoas, assim como promover a cobertura assertiva das áreas mais vulneráveis pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já inseridos nos territórios, e ainda justificar, através dos dados levantados durante o processo, a habilitação de novas equipes de estratégia de saúde da família e a contratação de mais ACS para as áreas vulneráveis identificadas e ainda sem cobertura. A respeito da territorialização, as proposições teóricas são positivas e amplas, possui a visão de construção democrática, com estratégias orientadas para as condições de vida e saúde e a apropriação pautada na responsabilização e compartilhamento, contudo, a prática, não raro, reduz a territorialização à apropriação do espaço pelo serviço, tendo em vista uma oferta padronizada e regulada pelos recursos⁽⁶⁾.

Portanto, aproveitando esta abertura, residentes e preceptores, com o apoio da gestão da AB, se reuniram para aprofundar os conceitos e aproximar a territorialização corroborando com a literatura e os princípios do SUS, evidenciando um olhar para pontos que necessitam ser levados em consideração, não limitantes aos aspectos quantitativos.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na Atenção Básica. Essa tarefa adquire, no entanto, ao 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 com centros de referência⁽⁴⁾. Está presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como ferramenta de processo de trabalho⁽⁹⁾. Deveria ser um processo contínuo e pertencente ao cotidiano dos profissionais, todavia, durante a experiência foi visto que não ocorre. Por desinteresse e rotatividade dos profissionais e falta de recursos humanos, até mesmo, momentos em que a sua importância se aparenta subentendida. Por isso, a apropriação deste processo acaba sendo adotada por meio do cadastramento, de forma impositiva⁽⁶⁾. O que enfraquece e limita o sentido da utilização desta ferramenta de forma efetiva. Outros aspectos são notados por outros profissionais durante as visitas domiciliares e compartilhados durante as discussões de caso, que ampliam o entendimento do território na perspectiva de outros profissionais.

Perceber o território como ponto de partida, não o critério a ser utilizado para definir limitações⁽⁶⁾. Compreender que distinguir as reais condições de vida de grupos populacionais, possibilita a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção adequada. Para compreensão das práticas e ações pessoais no cotidiano, deve-se identificar como a vida acontece a partir do nível mais local⁽⁴⁾. Portanto, reconhecer as práticas do território a partir do olhar da própria população, dos relatos históricos e pessoais é importante. Deve-se considerar ainda, a história local, que auxilia a observar através do passado as situações de saúde e contexto de vida da população atual. A ocupação e apropriação do território, a participação social e as circunstâncias de vida, nível econômico e inserção das

pessoas nos processos produtivos⁽⁴⁾. A população é exposta a contextualizações que necessitam ser reconhecidas para atuação sob os seus determinantes, ouvir seus relatos históricos, de condições de vida, inquietações, motivações, sentimentos e anseios. Portanto, a percepção, aproximação e participação quanto atores se torna fundamental.

Após o reconhecimento da realidade, busca-se a delimitação das possibilidades de ações a serem realizadas. Baseando-se nos resultados obtidos com a territorialização, entre as possibilidades de intervenção, repensar reorganização das microáreas, baseando-se na realidade territorial, considerando as particularidades, não limitando a territorialização nos dados epidemiológicos. Pois, um dos problemas encontrados no planejamento e gestão dos serviços da Atenção Primária à Saúde é a consolidação dos seus limites, contudo, é inviável pensar limitações sólidas em territórios dinâmicos e fluídos⁽⁶⁾. Estes devem ser usados como pilares para a constituição do cuidado, não como fatores limitantes, tampouco, a territorialização deve poder se reduzir a esta intervenção.

Ainda, (re)conhecendo o território, pode-se pensar no planejamento territorial de acordo com as reais necessidades e potencialidades locais. Nesta perspectiva, aproximam-se a teoria e prática, reflexão e ação como elementos integrados do planejamento⁽⁶⁾. Para elaborar o diagnóstico e adequação dos serviços e ações em saúde são relevantes dados epidemiológicos e sociodemográficos da população, bem como os problemas de saúde mais comuns enfrentados e riscos ocupacionais e habitacionais a que estão expostos, o conhecimento do leque de ofertas de serviços existentes e o acesso da população a esses serviços.

Atualmente o cuidado em saúde se estende ao território, de forma intersetorial e ampliada, e para isso,

demandamos que as pessoas sejam participativas nas definições e resoluções das problemáticas e potencialidades locais, é a partir deste fortalecimento que podemos pensar as intervenções, inserindo a população nos processos, estimulando compartilhamento de decisões e responsabilidades⁽⁴⁾. Como visto, os problemas de saúde transitam deste setor para interlocução com outros setores, ao elaborar planos de ação, portanto, fortalecer a participação comunitária, dar voz aos atores locais, atuar junto à comunidade torna-se importante estratégia para a efetividade do cuidado.

Outra possibilidade a partir dos resultados obtidos é explorar os espaços públicos, comunitários e sociais, articular parcerias com diferentes dispositivos possibilitando a fomentação de ambientes pautados no entendimento de promoção de saúde. Ainda, espera-se a constante sensibilização dos profissionais de saúde para a continuidade do processo, pois o território, as interações e relações intrínsecas a ele estão em constante transição e transformação.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o entendimento e identificação das relações sociais, dos determinantes e determinação social presentes nos territórios são fundamentais no processo de trabalho da APS. Destaca-se a necessidade da internalização de que o processo de territorialização faz parte do processo de trabalho cotidiano da APS, com atenção as demandas e necessidades inseridas no território.

Por meio do processo de territorialização ampliou-se a compreensão dos profissionais quanto à realidade do território, suas particularidades e contextos locais, bem como de que maneira as estratégias desenvolvidas pelas equipes de saúde interferem no cotidiano da comunidade. Observou-se ainda, o fortalecimento de vínculo

entre as equipes do NASF e ESF, com melhora na comunicação entre profissionais e maior possibilidade de elaboração de planejamento estratégico em conjunto.

A partir deste processo, identificou-se o desconhecimento prévio das características demográficas, epidemiológicas e sociais do território da ESF, além de limitações relacionadas à infraestrutura, insuficiência de recursos humanos, o excedente populacional por equipe e a falta de conselhos locais de saúde e participação popular. Evidenciou-se que o conhecimento das reais condições de vida da população possibilita a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenções adequadas às necessidades do território.

Os resultados também apontaram para a possibilidade de reorganização das microáreas com base na realidade territorial, considerando suas especificidades e ultrapassando a limitação da territorialização centrada apenas em dados epidemiológicos. Desta forma, tornou-se possível identificar as necessidades coletivas e individuais, reconhecer potencialidades e fragilidades do território, priorizar demandas e subsidiar a construção de planos de ação alinhados à realidade local.

Conclui-se, que a territorialização deve ser implementada no processo de trabalho das equipes da APS, sendo constantemente atualizada em função das dinâmicas e transformações do território. Por fim, a experiência relatada reforça a importância da territorialização como ferramenta essencial de planejamento e gestão no âmbito da APS, contribuindo para a organização das ações de vigilância e para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4ed, São Paulo, SP: Edusp, Ed. da Univ. de São Paulo; 2009.
2. Godim GMM, Monken M. Território e Territorialização. In: Godim GMM, Christófaro MAC, Miyashiro GM (org). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2017. p. 21–44.
3. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LBI, Navarro M, Godim GMM et al. O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M (org). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008, p.23–41.
4. Monken M, Barcellos C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMD (org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 177–224.
5. Melo CMM, Santos HS, Christófaro MAC, Santos MM. Trabalho. In: Godim GMM, Christófaro MAC, Miyashiro GM (org). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2017. p. 81–104.
6. Faria RM. 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 [serial on internet] 2013 [cited 2018 out 15]; 9(16):121–30 available from: <https://doi.org/10.14393/Hygeia919501>.
7. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. junho de 2005;21(3):898–906.
8. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Brasil M da S. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017 [serial on internet]. 21, 2017 set [cited 2018 set 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
10. Costa EMA da, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed., rev.ampl. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.
11. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 6o ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda; 2003.
12. Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R (org). Pesquisa avaliativa em saúde mental - desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: HUCITEC; 2008. p. 27–37.
13. IBGE. Cidades e Estados [Internet]. 2018 [citado 22 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/brusque/panorama>.

Financiamento

Não há.

Declaração de Conflito de Interesses e Declaração de disponibilidade de dados.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflito de interesses.

Disponibilidade de dados: os dados que sustentam os resultados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.