



MAPEAMENTO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DE VITÓRIA: OBSERVATÓRIO DO SAMU-192 DO ES

MAPPING OF URGENT AND EMERGENCY CARE IN THE HEALTH TERRITORIES OF VITÓRIA: OBSERVATORY OF SAMU-192 OF ESPÍRITO SANTO

MAPEO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN LOS TERRITORIOS SANITARIOS DE VITÓRIA: OBSERVATORIO DEL SAMU-192 DE ESPÍRITO SANTO



10.56238/sevenVIIImulti2026-058

Felipe Ignacio Pereira Loureiro

Médico

Instituição: EMESCAM

E-mail: felipeemescam@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar a distribuição espacial e os fatores associados aos tipos de urgência e emergência, atendidos pelo SAMU-192 nos territórios de saúde do município de Vitória. Método: Trata-se de um estudo observacional transversal com coleta de dados do Sistema de Regulação Médica do SAMU-192 do ES. Tendo como ambiente da pesquisa pacientes assistidos pelo serviço pré-hospitalar móvel do SAMU-192 no atendimento primário de 01 de janeiro de 2020 a 31 dezembro de 2021. Resultados: Perante a análise dos dados obtidos, observou-se uma totalidade de 10582 pacientes assistidos pelo serviço pré-hospitalar móvel do SAMU-192, sendo 5403 durante o ano de 2020 e 5179 no ano de 2021. Observou-se que a maior atuação do SAMU-192 ocorreu na região 5, totalizando 25,8% dos casos, seguidos pela região 4 com 21,9%, região 2 com 20,8%, região 6 com 14,6%, região 1 com 10,5% e região 3 com 6,4%. No que diz respeito as causas externas, em todos os 6 territórios de Vitória, a análise feita for sexo, evidencia que o sexo masculino predomina em relação ao feminino. Ao constatar os resultados das causas gineco-obstétrico, o território com maior número absoluto de utilização do SAMU-192 por essa causa foi o território 6, Centro, contabilizando 140 casos. Conclusão: Observou-se maior concentração de atendimentos na região Continental, bem como predomínio das causas clínicas e externas em todos os territórios, com destaque para maior gravidade presumida em áreas específicas. As causas externas apresentaram predominância do sexo masculino, enquanto diferenças por sexo foram observadas nos atendimentos clínicos e psiquiátricos em determinados territórios.

Palavras-chave: Mapeamento Geográfico. Medicina de Emergência. Territorialização da Atenção Primária. COVID 19. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Objective: To verify the spatial distribution and factors associated with the types of urgency and emergency care provided by SAMU-192 in the health territories of the municipality of Vitória. Method: This is a cross-sectional observational study with data collected from the SAMU-192 Medical Regulation System of Espírito Santo. The research setting consisted of patients assisted by the SAMU-192 mobile pre-hospital service in primary care from January 1, 2020 to December 31, 2021. Results: Based on the analysis of the data obtained, a total of 10,582 patients were assisted by the SAMU-192

mobile pre-hospital service, with 5,403 during 2020 and 5,179 in 2021. It was observed that the SAMU-192's greatest activity occurred in region 5, totaling 25.8% of cases, followed by region 4 with 21.9%, region 2 with 20.8%, region 6 with 14.6%, region 1 with 10.5%, and region 3 with 6.4%. Regarding external causes, in all 6 territories of Vitória, the analysis by sex shows that males predominate over females. When considering the results for gynecological and obstetric causes, the territory with the highest absolute number of SAMU-192 (emergency medical service) calls for this reason was territory 6, Centro, totaling 140 cases. Conclusion: A higher concentration of calls was observed in the Continental region, as well as a predominance of clinical and external causes in all territories, with a higher presumed severity in specific areas. External causes showed a predominance in males, while differences by sex were observed in clinical and psychiatric calls in certain territories.

Keywords: Geographic Mapping. Emergency Medicine. Territorialization of Primary Care. COVID-19. Cardiovascular Diseases.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la distribución espacial y los factores asociados a los tipos de atención de urgencia y emergencia brindada por el SAMU-192 en los territorios de salud del municipio de Vitória. Método: Estudio observacional transversal con datos recopilados del Sistema de Regulación Médica SAMU-192 de Espírito Santo. El entorno de la investigación consistió en pacientes atendidos por el servicio prehospitalario móvil SAMU-192 en atención primaria del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2021. Resultados: Con base en el análisis de los datos obtenidos, un total de 10.582 pacientes fueron atendidos por el servicio prehospitalario móvil SAMU-192, con 5.403 durante 2020 y 5.179 en 2021. Se observó que la mayor actividad del SAMU-192 ocurrió en la región 5, totalizando el 25,8% de los casos, seguida de la región 4 con el 21,9%, la región 2 con el 20,8%, la región 6 con el 14,6%, la región 1 con el 10,5% y la región 3 con el 6,4%. En cuanto a las causas externas, en los 6 territorios de Vitória, el análisis por sexo muestra que los hombres predominan sobre las mujeres. Al considerar los resultados de causas ginecológicas y obstétricas, el territorio con el mayor número absoluto de llamadas al SAMU-192 (servicio de urgencias médicas) por este motivo fue el territorio 6, Centro, con un total de 140 casos. Conclusión: Se observó una mayor concentración de llamadas en la región Continental, así como un predominio de causas clínicas y externas en todos los territorios, con una mayor gravedad presunta en áreas específicas. Las causas externas mostraron un predominio en hombres, mientras que se observaron diferencias por sexo en las llamadas clínicas y psiquiátricas en ciertos territorios.

Palabras clave: Cartografía Geográfica. Medicina de Urgencias. Territorialización de la Atención Primaria. COVID-19. Enfermedades Cardiovasculares.

1 INTRODUÇÃO

A representação gráfica denominada de mapa, pode ser organizada e comunicar dados que dizem respeito aos territórios. A escala de análise e o tipo de fenômeno em estudo, sugerem quais métodos de mapeamento serão utilizados, os quais podem se basear em pontos, linhas ou polígonos. Na saúde, o principal benefício buscado com o mapeamento relaciona-se à possibilidade de sobrepor os diferentes dados que permitam uma melhor identificação do problema, possibilitando um planejamento mais eficaz (COLUSSI, 2016; BRASIL, 2006).

O processo de territorialização na saúde possibilita o conhecimento dos seus principais problemas populacionais em determinada área, além dos aspectos sociais, econômicos e ambientais (FARIA, 2020). Deste modo, além de delimitar territórios para os serviços de saúde, esse processo têm uma relação de vinculação e pertencimento com a população (SANTOS, 2020). Diante de uma área com elevada vulnerabilidade, os cuidados prestados à população convergem para o assistencialismo através de ações emergenciais voltadas à resolução imediata de problemas agudos (SILVA, 2021).

No que diz respeito às situações caracterizadas como Urgências e Emergências (U&E), e a correta definição dos termos, de acordo com a Lei nº 9.656, regulamentada em 1998, a identificação dos conceitos foi realizada, ampliando o termo emergência para casos em que há perigo de morte e restringindo o conceito de urgência para “ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (MENA; PIACSEK; MOTTA, 2017).

Diante disso, foi implementado, em 2003, pela Política Nacional de Atendimento às Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU-192) visando o fortalecimento do sistema brasileiro de atendimento a tais agravos e integrando os componentes da rede de U&E (DUARTE, 2021). Tal ação definiu que esse atendimento pré-hospitalar (APH) móvel deveria ser acionado através de um dígito telefônico, além de ser administrado por uma Central de Regulação das Urgências (MALVESTIO; SOUSA 2022).

Nesse contexto, a partir da pesquisa vigente temos como objetivo verificar a distribuição espacial e os fatores associados aos tipos de urgência e emergência, atendidos pelo SAMU-192 nos territórios de saúde do município de Vitória. Sendo assim possível identificar as particularidades de cada território de acordo com suas demandas assistenciais de Urgência e Emergência.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional transversal com coleta de dados do Sistema de Regulação Médica do SAMU-192 do ES.

2.2 AMBIENTE DA PESQUISA

Pacientes, assistidos pelo serviço pré-hospitalar móvel do SAMU-192 no atendimento primário de 01 de janeiro de 2020 a 31 dezembro de 2021.

2.3 AMOSTRA

2.3.1 Critério de inclusão:

Pacientes atendidos no território de saúde de vitória, com envio de recurso pelo médico regulador, atendimentos primários com dados disponibilizados pelo software do SAMU 192-ES

2.3.2 Critério de exclusão:

Prontuários com informações incompletas ou não possíveis de serem identificados, pacientes infantis e demais municípios do estado do ES.

2.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOB ESTUDO

a.1 - Sexo: masculino, feminino.

a.2 - Idade em anos.

a.3 - Faixa etária IBGE: >10,10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90-99, 100-109.

a.5 - Horário da ocorrência: matutino, vespertino, noturno e madrugada.

a.6 - Período do plantão: plantão diurno (7h às 18:59h) e plantão noturno (19h às 6:59h).

a.7 - Período da solicitação: matutino (6:00 às 11:59h), vespertino (12:00 às 17:59h), noturno (18:00 às 23:59h) e madrugada (00:00 às 05:59h)

a.8 - Dia da semana: segunda a domingo

a.9 - Período da semana: segunda a sexta, sábado e domingo

a.10 - Tipo de recurso enviado: USB, USA

a.11 - Gravidade presumida pelo médico regulador

Classificação presumida das urgências em níveis, conforme definição pelo Médico Regulador das Urgências do SAMU-192. Com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgências, podemos didaticamente classificá-las da seguinte forma:

- Nível 1: Emergência de prioridades absoluta. Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário;

Descritivamente as variáveis categóricas serão analisadas por frequência e percentuais e as quantitativas por mediana de resumo de saída como média, desvio padrão, mediana e percentis.

- Nível 2: Urgência de prioridade moderada. Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

- Nível 3: Urgência de prioridade baixa. Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda, podendo aguardar várias horas.

- Nível 4: Urgência de prioridade mínima. Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

a.12 - Origem da ocorrência: território de saúde, município, região

a.13 - Tipo de incidente: clínico, Gineco-obstétrico, trauma e psiquiátrico.

a.14 – Destino: Alta, Pronto atendimento, Hospital e ou óbito.

2.5 METODOLOGIA DA ANÁLISE ESTATÍSTICA:

2.5.1 Análise Univariada

A associação entre variáveis, análise univariada, quantitativa com desfecho tipo de urgência e emergência (clínico , trauma , psiquiátrico e Gineco-obstétrico)será realizada pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores que 5 e tabelas na forma matricial 2x2) sendo que no caso de associação significativa será realizado análise de resíduo para verificar as categorias que contribuem para a associação (valores de resíduo maiores do que 11,961 contribuem positivamente para a associação, ou seja, indicam que ocorre uma frequência maior do que deveria acontecer se existe independência entre as categorias).

2.5.2 Análise multivariada:

Na análise multivariada, a associação será realizada pela regressão logística (escolha do método pela natureza dicotômica da variável resposta) de maneira a identificar as variáveis que influenciam conjuntamente no desfecho. As variáveis com valor - p menor do que 0,2 na análise univariada serão inseridas no modelo de regressão logística. Será adotado um nível de significância de 5%, assim valores de p menores do que 0,05 indicam resultado significativo. Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.

2.6 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Este trabalho é parte integrante do Estudo: Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 no Espírito Santo, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar da Rede de U&E e teve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a Resolução 466/12. O projeto de pesquisa foi aprovado com parecer sob o protocolo 4.308.858.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perante a análise dos dados obtidos, observou-se uma totalidade de 10582 pacientes assistidos pelo serviço pré-hospitalar móvel do SAMU-192, sendo 5403 durante o ano de 2020 e 5179 no ano de 2021. Dentre eles, 62,6% ocorreram no período diurno e 37,4% no período noturno e tendo como a incidência de distribuição semanal, às sextas-feiras com 14,9%, seguido de segundas-feiras e sábados, ambos com 14,5%.

Acerca dos territórios de saúde de Vitória, dividiu-se em 6 regiões adscritas. Sendo a região 1, composta por Santo Antônio, Bela Vista, Caratoíra, Estrelinha, Ariovaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste e Universitário. Região 2, com Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas e De Lourdes. Região 3, abrangendo Comdusa, Conquista, Ilha das Caeiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis. Região 4, 4 composta por Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza. Região 5, incluindo Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi. E, por fim, região 6, com Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim.

Observou-se, portanto, que, a maior atuação do SAMU-192 ocorreu na região 5, totalizando 25,8% dos casos, seguidos pela região 4 com 21,9%, região 2 com 20,8%, região 6 com 14,6%, região 1 com 10,5% e região 3 com 6,4%. Quanto à origem da ocorrência, as principais abordagens se deram em domicílios (67,4%) e em via pública (26,4%), sendo a menor delas em rodovias estaduais (0,1%).

O motivo do chamado também foi avaliado segundo sua causa, sendo a principal de origem clínica (53%) tendo o mal súbito como o mais prevalente, totalizando 13,7%. Segue-se pelas causas externas (35,8%), tendo seu principal agravante as quedas (18,2%). As psiquiátricas representaram 9,9%, com maior frequência de agitação e situação de violência (6,6%). Por fim, as causas ginecológicas e obstétricas totalizaram 140 casos (1,3%) sendo 101 por trabalho de parto e 39 casos de sangramento vaginal.

Logo, perante tal quadro geral, ao analisar os fatores ajustados de acordo com a individualidade de cada região supracitada, nota-se a mesma incidência por área médica ao chamado em todas as regiões, respeitando a taxa geral do município de Vitória, sendo clínica a mais comum, seguido pelas causas externas, psiquiátricas e gineco-obstétricas.

Considerando as particularidades de cada território, foi analisada a variável de gravidade presumida pelo médico regulador, em que as causas são divididas em crítico/vermelho e não crítico.

Em relação às causas externas, o território que apresentou maior porcentagem de casos críticos em relação aos não críticos, foi o de São Pedro, território 3 (23,8%), o que apresentou menor porcentagem foi o Centro, território 6 (15,5%), seguido do Continental, território 5 (15,6%). Os casos críticos de teor clínico, se evidenciaram principalmente no território 5, Continental (44,4%), tendo o território 6, Centro, o de menor porcentagem (36,1%). No que se refere aos casos críticos de agravos gineco-obstétricos, o território de maior relevância em prevalência de casos críticos em relação aos não críticos foi o Continental, território 5 (42,1%), o de menor foi o território 1, Santo Antônio (22,25). A respeito das causas psiquiátricas de caráter crítico, o território com maior porcentagem em relação aos de caráter não crítico, foi o território de Santo Antônio, território 1 (12,4%), e o de menor foi o de Maruípe, território 2 (6,3%). Quanto à visão total, por território, de casos críticos/vermelho e não críticos, englobando as 4 causas, o território 5, continental foi que apresentou maior porcentagem de casos críticos (31,1%).

No que diz respeito as causas externas, em todos os 6 territórios de Vitória, a análise feita por sexo, evidencia que o sexo masculino predomina em relação ao feminino, principalmente no território de Santo Antônio, que em 100 casos de utilização do SAMU-192 por causas externas, 69 foram por homens. Ao analisar os territórios individualmente, foi possível visualizar que em todos há predominio da utilização do SAMU-192 por pessoas do sexo masculino. Quando analisada a causa clínica, o território 2, Maruípe, apresentou discreto predomínio do uso do serviço por mulheres (50,2%), e o território 5, Continental, apresentou paridade entre os sexos (50%). No que concerne a causa psiquiátrica, o território 5, também se desvia do padrão total por sexo, apresentando 51,3% de uso do serviço pelo sexo feminino em relação ao masculino.

No Brasil, as causas externas são a primeira causa de óbito na população de 1 a 39 anos de idade, e na visão geral da população brasileira, são a terceira causa de óbito. Segundo a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) Inquérito 2006, em serviços de urgência e emergência, o veículo particular, as ambulâncias e o SAMU-192 foram os meios de transporte mais utilizados pelos pacientes de causas externas. O perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes identificadas pelo mesmo inquérito, demonstrou que os homens foram mais frequentemente atendidos em decorrência dos agravos referidos, em comparação com as mulheres. A morbidade diferenciada entre homens e mulheres pode ser explicada por comportamentos específicos de gênero, dependentes de fatores culturais e sociais. o que alerta para a necessidade de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção destes agravos focadas no sexo masculino (ANDRADE, et al, 2009; BRASIL, 2010; MASCARENHAS, et al, 2009.)

Ao constatar os resultados das causas gineco-obstétrico, o território com maior número absoluto de utilização do SAMU-192 por essa causa foi o território 6, Centro, contabilizando 140 casos. Em contrapartida a esse cenário, o território 5, conteve a maior porcentagem de casos críticos

gineco-obstétrico em relação aos não críticos (41,2%) em comparação aos demais territórios. O território 6, Centro, como demonstrado ao longo dos resultados, foi o quarto em ordem crescente de maior atuação do SAMU-192 (14,6%), totalizando 1549 casos.

A partir da análise do parágrafo anterior é possível inferir que o território 6, Centro, é passível de investimentos na área da prevenção de agravos ginecológicos e obstétricos com o intuito de oferecer melhorias na assistência à saúde e garantir a acessibilidade às mulheres do território, de forma integral. Devem ser desenvolvidas ações nos seguintes eixos de atenção: gestação, parto e puerpério; atenção aos cânceres de mama e colo de útero; mulheres sob situação de violência; e atenção ginecológica (Saúde Sexual e Reprodutiva), com o intuito de atender as necessidades integrais das pacientes, as quais incluem a prevenção, atenção e promoção da saúde (COELHO, et al, 2009).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu mapear a distribuição espacial e caracterizar o perfil dos atendimentos de urgência e emergência realizados pelo SAMU-192 nos territórios de saúde de Vitória, evidenciando importantes desigualdades territoriais e padrões epidemiológicos relevantes. Observou-se maior concentração de atendimentos na região Continental, bem como predomínio das causas clínicas e externas em todos os territórios, com destaque para maior gravidade presumida em áreas específicas. As causas externas apresentaram predominância do sexo masculino, enquanto diferenças por sexo foram observadas nos atendimentos clínicos e psiquiátricos em determinados territórios. Ademais, os agravos gineco-obstétricos evidenciaram necessidades distintas entre frequência absoluta e gravidade, indicando fragilidades na atenção preventiva. Dessa forma, o mapeamento territorial mostrou-se ferramenta estratégica para subsidiar o planejamento em saúde, orientar ações de prevenção, qualificar a Rede de Urgência e Emergência e fortalecer a integralidade do cuidado conforme as necessidades locais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. C. A., et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(1): 21-30, jan-mar 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagens espaciais na saúde pública: capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde. Brasília: DF, 2006.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: DF, 2010. 138 p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf

COELHO, E. A. C., et al. INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: LIMITES DA PRÁTICA PROFISSIONAL. *Esc Anna Nery Rev Enferm. Brasil*, 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.

COLUSSI, C. F. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica: Série Formação para a Atenção Básica. Florianópolis: EduFSC, 2016.
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf

DUARTE, S. K. A. Acidentes de trânsito assistidos pelo SAMU 192 na região metropolitana da Grande Vitória em 2015: fatores associados e distribuição espacial / Simone Karla Apolonio Duarte. -2021. 180 f.: il.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 11.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?lang=pt#>

FERNANDES, R. J. Caracterização da atenção pré - hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004 <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-153336/publico/mestrado.pdf>

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA R. M. C. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2022.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzHJw8Q9fbYsQNk66gVnyy/?lang=pt>

MASCARENHAS, M. D. M., et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.17-28.

MENA H.; PIACSEK G. V. M.; MOTTA M. V. Urgência e Emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. *Saúde, Ética & Justiça*. 2017;22(2):81-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p81-94>

SANTOS, M. A. M.; LIMA, F. M. A territorialização e a integração ensino-serviço na enfermagem: Um relato de experiência sob a ótica dos egressos. João Pessoa: ISSN, 2020.
<https://temasemsauda.com/wp-content/uploads/2020/06/20311.pdf>

SILVA, I. A. S.; ARRUDA, L. P. Aplicabilidade do processo de territorialização como estratégica para o desenvolvimento da promoção da saúde na Atenção Básica. ISSN, 2021.
[file:///C:/Users/User/Downloads/18283-Article-231889-1-10-20210809%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/18283-Article-231889-1-10-20210809%20(1).pdf)