



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
(PROPIEX)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

LUARA APARECIDA POTTRATZ ALVES DE SOUSA

TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

CRICIÚMA

2024

LUARA APARECIDA POTTRATZ ALVES DE SOUSA

TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional], da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
Coorientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

**CRICIÚMA
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S725t Sousa, Luara Aparecida Pottratz Alves de.
Territorialização do município de Criciúma-SC /
Luara Aparecida Pottratz Alves de Sousa. - 2024.
92 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo
Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Criciúma, 2024.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

Coorientação: Jacks Soratto.

1. Territorialização da atenção primária -
Criciúma. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Mapeamento
geográfico. 4. Sistemas de informação em saúde. 5.
Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD. 22. ed. 362.1098164

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC


LUARA APARECIDA POTTRATZ ALVES DE SOUSA

TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 28 de outubro de 2024.


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **ANTONIO AUGUSTO SCHAFER**
Data: 28/10/2024 16:15:47-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Antônio Augusto Schäfer
Doutor – Orientador
Presidente

Documento assinado digitalmente
 **CAMILADALLAZEN**
Data: 28/10/2024 16:27:45-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Camila Dallazen
Doutora – Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná
Membro externo

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDA DE OLIVEIRA MELLER**
Data: 28/10/2024 16:19:47-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Fernanda de Oliveira de Meller
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

RESUMO

Introdução: A territorialização em saúde é um processo fundamental para o reconhecimento e organização de um território, permitindo a identificação das condições de vida, situação de saúde e o acesso da população a serviços de saúde. Trata-se de uma técnica que possibilita o desenvolvimento de práticas de saúde mais adequadas à realidade local, ao considerar o ambiente e as especificidades da população atendida. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo realizar a atualização da territorialização do município de Criciúma - SC, por meio da construção de um material didático na forma de um mapa territorial. **Métodos:** O produto foi desenvolvido a partir de uma abordagem teórico-prática, incluindo o levantamento das necessidades locais, análise do mapa utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, visitas de campo às Unidades Básicas de Saúde para validação das delimitações territoriais e ajustes no mapa, com o uso de software de geoprocessamento, além da coleta e integração de dados epidemiológicos entre diferentes sistemas de informação. **Resultados:** A territorialização permitiu a definição de 297 microáreas, organizadas entre 55 equipes de saúde. Além disso, foi identificada a necessidade de criar 14 novas microáreas em 13 equipes, evidenciando a importância da adequação contínua da organização territorial. **Considerações finais:** O processo de territorialização deve ser contínuo, garantindo uma gestão mais eficaz dos recursos humanos e financeiros na saúde pública. A atualização constante das delimitações territoriais é essencial para acompanhar as mudanças nas condições demográficas e de saúde da população. Além disso, a integração de dados epidemiológicos e de sistemas de informação melhora a capacidade de identificar áreas críticas e direcionar ações de saúde de forma mais equitativa e eficiente.

Palavras-chave: Territorialização da Atenção Primária. Atenção Primária à Saúde, Mapeamento Geográfico. Sistemas de Informação em Saúde. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Unidades Básicas de Saúde de acordo com os distritos sanitários do município de Criciúma – SC	26
Figura 2 – Delimitação das áreas e microáreas	28
Figura 3 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o sexo masculino	29
Figura 4 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o sexo feminino	30
Figura 5 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o diagnóstico de diabetes mellitus	31
Figura 6 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica	32
Figura 7 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com faixa etária 60 anos ou mais	33
Figura 8 – Distritos sanitários do município de Criciúma – SC	34
Figura 9 – Distrito Sanitário Próspera	35
Figura 10 – UBS Ana Maria	36
Figura 11 – UBS Argentina	37
Figura 12 – UBS Brasília	38
Figura 13 – UBS Centro Social Urbano (CSU)	39
Figura 14 – UBS Cristo Redentor	40
Figura 15 – UBS Linha Anta	41
Figura 16 – UBS Linha Batista	42
Figura 17 – UBS Nossa Senhora da Salete	43
Figura 18 – UBS Próspera	44
Figura 19 – UBS Renascer	45
Figura 20 – UBS Vila Rica	46
Figura 21 – Distrito Sanitário Rio Maina	47
Figura 22 – UBS Colonial	48
Figura 23 – Extensão UBS Colonial: São Marcos	49
Figura 24 – UBS Laranjinha	50
Figura 25 – UBS Metropol	51
Figura 26 – UBS Vila Francesa	52

Figura 27 – UBS Vila Zuleima	53
Figura 28 – UBS Wosocris	54
Figura 29 – Distrito Sanitário Quarta Linha	55
Figura 30 – UBS Sangão (+ Extensão São Roque)	56
Figura 31 – UBS Verdinho	57
Figura 32 – UBS Morro Estevão	58
Figura 33 – UBS Primeira Linha	59
Figura 34 – UBS Quarta Linha	60
Figura 35 – Distrito Sanitário Santa Luzia	61
Figura 36 – UBS Mineiras	62
Figura 37 – UBS Mãe Luzia	63
Figura 38 – UBS Mina União	64
Figura 39 – UBS Nova Esperança	65
Figura 40 – UBS Santa Luzia	66
Figura 41 – UBS São Defende	67
Figura 42 – UBS São Sebastião	68
Figura 43 – UBS Vila Belmiro	69
Figura 44 – UBS Vila Manaus	70
Figura 45 – Distrito Sanitário Centro	71
Figura 46 – UBS Centro	72
Figura 47 – UBS Maria Céu	73
Figura 48 – UBS Milanese	74
Figura 49 – UBS Mina do Mato	75
Figura 50 – UBS Mina do Toco	76
Figura 51 – UBS Operária Nova	77
Figura 52 – UBS Santa Bárbara	78
Figura 53 – UBS São Luiz	79
Figura 54 – UBS São Simão	80
Figura 55 – Distrito Sanitário Boa Vista	81
Figura 56 – UBS Boa Vista	82
Figura 57 – UBS Paraíso	83
Figura 58 – UBS Pinheirinho	84
Figura 59 – UBS Santa Augusta	85

Figura 60 – UBS Santo Antônio	60
-------------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO	93
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMREC	Associação dos Municípios da região Carbonífera
API	Interfaces de Programação de Aplicação
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Sistema com Coleta de Dados Simplificado
DAB	Departamento da Atenção Básica
eAP	Equipes da Atenção Básica
eCR	Equipes de Consultório na Rua
e-Multi	Equipes Multiprofissionais
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia e-SUS Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistemas de Informações Geográficas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UOM	Unidades Odontológicas Móveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	14
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
3.2 O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO	16
3.3 GEOPROCESSAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS	20
3.4 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC	21
4 MÉTODOS	23
4.1 TIPO DE PRODUTO	23
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	23
4.3 PÚBLICO-ALVO	23
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	23
4.4.1 Levantamento das necessidades	23
4.4.2 Recursos necessários para elaboração do produto	23
4.4.3 Elaboração da proposta de produto	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADOS	26
5.1 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE E INTEGRAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC.....	26
5.2 MAPAS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UBS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC	33
5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO.....	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

Espaço e território não são considerados termos equivalentes. Um território se forma a partir de um espaço, sendo resultado da ação de um sujeito ao se apropriar deste. Como resultado desta apropriação, seja ela concreta ou abstrata, o sujeito “territorializa” o espaço. Desta forma, entende-se como território um espaço físico onde se localiza uma nação, onde se delimita uma ordem jurídica e política (RAFFESTIN, 1993).

O Brasil já passou por diversas configurações em seu território ao longo da história e essas alterações seguem ocorrendo, isso se deve à máxima de que os territórios não se restringem às fronteiras entre diferentes estados ou países, mas também pela concepção de posse, domínio e poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independentemente da extensão territorial (UFSC, 2016).

A territorialização em saúde refere-se ao processo de reconhecimento de um território, podendo ser visto como uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (UFSC, 2016).

É um dos fundamentos básicos para a organização e planejamento dos processos de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). O estabelecimento de uma base territorial permite a caracterização da população e de seus problemas que envolvem saúde, habitação, educação, e estabelece a criação de vínculos entre os serviços de saúde e a população adscrita (BRASIL, 1990).

Toda a estrutura e o próprio modelo assistencial de saúde não dependem apenas de como são alocados os serviços, mas como são organizadas territorialmente suas ações, especialmente as ações de prevenção e promoção. Desta forma, torna-se necessário, além de delimitar territórios para os serviços, existir uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e esses serviços (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; FARIA, 2020). A APS, como principal porta de entrada do usuário no SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção em Saúde (RAS), deve coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços disponibilizados dentro de um território (BRASIL, 2017).

A terceira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) recomenda que a população adscrita por uma equipe de saúde seja de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, para assim garantir os princípios e diretrizes da Atenção Básica (AB), sendo essa equipe composta minimamente por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo também fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). No que se refere ao número de ACS por equipe, o documento menciona que deve ser definido pela gestão local, de acordo com a base populacional do território, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, recomendando que em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, exista um ACS para no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2017).

Em 2019 foi publicada a Portaria 2.979 instituindo o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS, definindo que o custeio desta seria constituído por quatro componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho; incentivo financeiro com base em critério populacional e incentivos para ações estratégicas. O intuito da nova proposta era aumentar o acesso das pessoas aos serviços, aumentar o vínculo entre população e equipe, resultando em uma maior responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2019).

Após a reformulação do financiamento da APS, houve um aumento considerável no número de equipes de saúde credenciadas no território nacional (aumento de 18,85% de 2020 para 2022), o que automaticamente leva a um aumento no número de cadastros realizados por estas equipes, ampliando assim a cobertura da APS no país (BRASIL, 2022).

Cabe a cada município organizar os serviços para que consigam ofertar atendimentos de qualidade com equipes enxutas para atender um quantitativo expressivo de pessoas, dentro das possibilidades que os recursos financeiros muitas vezes insuficientes permitem (MASSUDA, 2020; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), tornando-se um desafio que todos os princípios e diretrizes do SUS sejam implementados.

Em abril de 2024 foi publicada a Portaria nº 3.493, instituindo uma nova metodologia e cofinanciamento federal do Piso de APS no âmbito do SUS,

revogando a Portaria do nº 2.979 e definindo novos componentes para o repasse de recursos. A nova metodologia pretende avaliar o vínculo e o acompanhamento territorial para as equipes de saúde, visando estimular a qualificação dos cadastros, a reorganização da APS nos territórios e melhoria do atendimento à população (BRASIL, 2024).

A territorialização permite a realização de diagnósticos situacionais, possibilitando a identificação de diversidades, vulnerabilidades, fragilidades e potencialidades de uma região e sua população, promovendo uma maior assertividade na prática dos profissionais de uma equipe de saúde e a entrega de um atendimento qualificado para a população assistida (CALISTRO *et al.*, 2021). A territorialização é uma política essencial para continuidade dos princípios do SUS no país (FARIA, 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

O processo de territorialização em saúde consiste em reconhecer um território. Pode ser considerado uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde.

Conhecer o território em que se está inserido vai além de sua delimitação territorial e considera toda a sua complexidade, o que permite ao gestor e profissionais de saúde envolvidos, melhores subsídios para o planejamento das ações de saúde a serem ofertadas para a população. Sendo assim, o mapeamento das informações do território viabiliza o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade desta população.

Por outro lado, a desatualização da territorialização em saúde de um município impede que os gestores conheçam as condições de saúde atuais da população, assim como prejudica a cobertura ideal por parte das equipes de saúde, visto que por vezes irão atuar em territórios com um número de pessoas muito acima do recomendado. No município de Criciúma – SC, a territorialização em saúde no encontra-se desatualizada, sendo necessária à sua revisão para uma melhor organização da RAS.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Desatualização da territorialização em saúde no município de Criciúma – SC.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

Proporcionar o conhecimento do território do município de Criciúma – SC, contemplando suas diversidades, vulnerabilidades, fragilidades e potencialidades relacionadas à saúde, para o desenvolvimento de práticas e ações voltadas à população das áreas de abrangência das UBSs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a atualização da territorialização em saúde do município de Criciúma – SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as áreas de abrangência e delimitações territoriais das UBSs do município;
- b) Realizar levantamento de dados epidemiológicos do município;
- c) Construir mapa atualizado do território do município;
- d) Realizar integração de dados entre sistemas, apresentando em mapa condicionantes de saúde dos indivíduos cadastrados nas UBSs do município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O SUS do Brasil é um sistema público pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade; organizado de forma descentralizada político-administrativa, regionalizado e hierarquizado, e implementado através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio das RAS (BRASIL, 1990).

O primeiro nível de atenção dentro da RAS é a AB, também chamada de Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, sendo assim a ordenadora da RAS (BRASIL, 2017). A APS é o único nível da atenção que está presente em todo o território nacional e através dela o usuário pode acessar os demais níveis de cuidado, denominados de secundário e terciário (FARIA, 2020; BRASIL, 2010).

A APS atua através de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e Unidades Odontológicas Móveis (UOM), compostas por Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes da Atenção Básica (eAP), Equipes de Saúde Bucal (eSB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes Multiprofissionais (e-Multi) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por meio destes, são desenvolvidos um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, voltadas à população de um território definido, visando impactar positivamente nos determinantes e condicionantes de saúde dessa coletividade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

3.2 O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

O termo territorialização teve a sua primeira menção em um documento normativo do SUS em 1997, através da Portaria MS nº 1.886, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, caracterizando a adscrição de população/territorialização como uma Diretriz Operacional do Programa de Saúde da Família, além de orientar a

definição de um território de abrangência, sendo este território a área de responsabilidade de uma UBS (BRASIL, 1997).

Em 2006, na Portaria MS nº 399 que apresenta o Pacto pela Saúde, o conceito se amplia informando que “reforça que a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional”, indicando que o termo se refere não apenas à organização do processo de trabalho, mas também à descentralização das atribuições do Ministério da Saúde, estados e municípios (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

O terceiro volume do Pacto pela Saúde refere que a territorialização é o primeiro princípio da regionalização do SUS no Brasil, destacando que este processo consiste no reconhecimento e na apropriação, por parte dos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos evidenciados através de dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais estabelecidos, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo de saúde e adoecimento (BRASIL, 2006b).

É no contexto do Pacto pela Saúde que é apresentada a primeira edição da PNAB, no ano de 2006 (BRASIL, 2007). Uma segunda versão da PNAB foi apresentada em 2011 para incluir o papel da APS nas RAS (BRASIL, 2011) e uma terceira edição, em 2017. Nas duas primeiras edições da PNAB, a territorialização foi apresentada como atribuição comum a todos os profissionais da APS, já na terceira edição passou a ser apresentada também como uma diretriz, não apenas como uma atribuição (BRASIL, 2017).

A terceira edição da PNAB considera território como unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os territórios são delimitados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na APS, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e/ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

A concepção mais comum de território é a de um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas, que hoje dão origem a bairros, cidades, estados e países. O território não se restringe às fronteiras entre diferentes estados ou países, mas é caracterizado pela ideia de posse, domínio e poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independentemente da extensão territorial (UFSC, 2016).

Cada território possui as suas particularidades, que configuram diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, os quais se encontram em constante transformação. Assim, a atuação das equipes de saúde precisa considerar esses perfis (UFSC, 2016). A PNAB utiliza o termo população adscrita para se referir à população presente no território de uma UBS, onde o intuito é estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde (BRASIL, 2017).

A territorialização em saúde refere-se ao processo de reconhecimento de um território. Pode ser visto como uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (UFSC, 2016).

A PNAB ainda traz que a territorialização e a adscrição são formas de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço (BRASIL, 2017).

Quando se trata de território e risco em saúde, consideram-se áreas de risco partes de um determinado território que, por suas características, apresentam maiores chances de que algo indesejado aconteça. Logo, além de considerar o contexto em que se inserem os riscos identificados em cada território, também é importante considerar o contexto em que se insere cada área de atuação dentro do município (UFSC, 2016).

Mesmo sendo uma atribuição comum a todos os profissionais da APS, o processo de territorialização acaba sendo desenvolvido principalmente pelo(a) ACS, sendo atribuição específica desde profissional realizar o diagnóstico demográfico,

social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (BRASIL, 2017). Essa prática acaba por não considerar a visão dos demais atores da RAS, que poderiam contribuir com o processo de reconhecimento do território sob outras óticas (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; BEZERRA; BITOUN, 2017).

Cabe ao ACS trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da APS vigente (BRASIL, 2017). O cadastro de indivíduos e domicílios ocorre através de questionário estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) em Fichas de Cadastro. A Ficha de Cadastro Individual registra as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários e a Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial tem como objetivo registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território (BRASIL, 2023b).

Em 2013, foi instituído pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) uma reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com a proposta de informatizar, qualificar, unificar as informações coletadas pelas UBSs (BRASIL, 2013a). A iniciativa ocorreu a partir do desenvolvimento de sistemas de *software* de prontuário eletrônico denominada de Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), com possibilidade de implantação nos municípios em duas modalidades: Sistema com Coleta de Dados Simplificado (CDS) e/ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2014).

A informatização dos processos de trabalho da APS foram uma evolução natural e necessária, e de forma geral bem recebidas pelas equipes de saúde em âmbito nacional, evidenciando como que a informatização otimiza o tempo das equipes, além de proporcionar qualidade e segurança para as informações coletadas e produzidas (SANTOS *et al.*, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2019).

A delimitação geográfica de uma área de atuação de uma UBS compreende o primeiro sentido da territorialização, sendo estes recortes e limites territoriais passíveis de ajustes a qualquer tempo, conforme necessidade e alteração do local. A segunda etapa compreende na utilização dos dados coletados pelos ACS para compreensão do território e planejamento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde pela equipe de saúde. Os municípios têm autonomia para realizar a confecção dos mapas, sejam estes de forma física/impressa ou a partir de

programas de geoprocessamento. O geoprocessamento pode ajudar a integrar os dados e automatizar operações que facilitem analisá-los (UFSC, 2016).

Finalizado o processo de territorialização, a equipe pode utilizar o mapa para realizar a análise situacional do território sob várias perspectivas: quais áreas concentram a maior quantidade de determinada condição/agravo, onde há mais idosos, onde há mais crianças, o que mudou ao longo do tempo, entre outros, proporcionando para as equipes, assim como para os gestores, subsídios para planejar e implantar ações de forma assertiva (UFSC, 2016; MENESES *et al.*, 2019).

3.3 GEOPROCESSAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS

Entende-se por geoprocessamento o conjunto de tecnologias de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de informações espaciais. É um termo amplo, que abrange diversas técnicas, cada qual com suas funções, como a digitalização, a conversão de dados, modelagem digital de terreno, processamento digital de imagens e, dentre outros, os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) (PINA, 1998). Os SIG são uma técnica de geoprocessamento, especializadas em adquirir, armazenar, manipular, recuperar, transformar e emitir informações espaciais referentes a todos os campos e áreas, sendo um grande instrumento de apoio à tomada de decisões e à manipulação de informações estratégicas (PINA, 1998; OPAS, 2002).

As técnicas de SIG permitem aos gestores públicos terem uma visão espacial mais precisa e abrangente das tomadas de decisões nas áreas do meio ambiente e da saúde pública, tendo como possibilidade de aplicações: a análise da distribuição de pacientes; monitoramento da qualidade da água; variações na ocorrência de epidemias; monitoramento de vetores; avaliação, em tempo real, de situações de emergências ou catastróficas; dentre outras situações (PINA, 1998).

A popularização de ferramentas de geoprocessamento e de mapas digitais acessíveis na *Internet*, permitem o conhecimento e uso de mapas em conformidade com as normas cartográficas. Ainda assim, a integração de mapeamentos participativos (aqueles desenvolvidos por equipes de saúde em forma de croquis, por exemplo) ao SIG, é de essencial importância, principalmente por reunir informações sobre os locais de atuação das equipes para posteriormente apresentá-los aos gestores municipais ou à comunidade (GOLDSTEIN *et al.*, 2013).

O uso de ferramentas de georreferenciamento no processo de territorialização em saúde permitem a otimização do tempo das equipes, já que são mais práticas que o uso de mapeamentos no papel, além de serem mais ágeis em seus processos e apresentarem maior visibilidade nos resultados encontrados, facilitando o seu uso e incorporação nos processos de trabalho das equipes devido facilidade no armazenamento, localização, acesso e análise dos dados (CALISTRO *et al.*, 2021; UFSC, 2016).

3.4 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC

O município de Criciúma localiza-se na região Sul do Estado de Santa Catarina (SC), fazendo parte da Associação dos Municípios da região Carbonífera – AMREC. Possui uma área de 234 km², estando situada a 37 metros de altitude. Apresenta uma população de 214.493 pessoas, com uma densidade demográfica de 913,26 habitantes/km² (CRICIÚMA, 2021; IBGE, 2022).

É considerado o maior município do Sul Catarinense e está entre os cinco maiores de SC, tanto no âmbito populacional como econômico. Criciúma se destaca por ser polo nos setores da indústria ceramista, de plásticos e descartáveis plásticos, indústria química, metalmeccânica, confecção, coloríficos e extração mineral, além de grandes redes de supermercados de atuação estadual e sul-brasileira (CRICIÚMA, 2021).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma possui como missão “Implementar políticas de saúde que garantam o acesso da população a todos os serviços, com resolutividade e humanização, superando os índices propostos pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.” A SMS de Criciúma é gestora plena do sistema municipal de saúde, isso significa que faz a gestão de todos os equipamentos de saúde pública do seu território. Isto inclui a atenção básica, policlínicas e serviços de reabilitação (CRICIÚMA, 2021).

Para atender a legislação nacional vigente, assim como a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, todo município deve construir Planos de Saúde orientados por problemas e necessidades de saúde, compatibilizando os instrumentos de planejamento de saúde e instrumentos de planejamento orçamentário (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2013b). O Plano Municipal de Saúde em vigor do município de Criciúma refere-se aos anos de 2022-2025 e, foi elaborado no

ano de 2021 por comissão mista; apresenta um conjunto de 4 diretrizes norteadoras para o planejamento, com 30 objetivos e 163 metas. A primeira diretriz propõe a garantia do acesso da população a serviços públicos, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, e tem como primeiro objetivo fortalecer a APS. O processo de territorialização do município é elencado como meta já no primeiro objetivo do Plano, como forma de garantir que a prática seja realizada no território até o ano de 2025 (CRICIÚMA, 2021).

Considerando as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas pelo município no âmbito da saúde, Criciúma conta hoje com uma estrutura física composta por 45 UBSs, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), quatro Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, um Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e um Centro de Especialidades. No que se refere à APS, conta com 53 equipes de saúde, contendo nestas um quantitativo de 270 ACS, atingindo uma cobertura de 100% em dezembro de 2023, estando o estado de Santa Catarina com uma cobertura de 97,5% e o Brasil com 79,73% (CNES, 2024; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PRODUTO

Trata-se de um material didático do tipo mapa territorial, construído no *software* de geoprocessamento Geo360, com as delimitações das áreas adscritas de atuação das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária do município de Criciúma – SC.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido junto à SMS do município de Criciúma – SC. A proposta contempla as 45 UBS do município com suas 53 equipes de saúde.

4.3 PÚBLICO-ALVO

Equipe gestora da SMS de Criciúma, assim como os demais profissionais de saúde que compõe a RAS.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

4.4.1 Levantamento das necessidades

Inicialmente foi realizado o levantamento das necessidades da gestão através da apresentação do projeto em reunião de gestão, onde as Gerências de Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica e Atenção Especializada apresentaram as dificuldades que a desatualização da territorialização em saúde do município tem causado na atuação de suas equipes.

4.4.2 Recursos necessários para elaboração do produto

O produto foi desenvolvido em *software* já utilizado pela Prefeitura Municipal de Criciúma, chamado Geo360, que consiste em um sistema de georreferenciamento e geoprocessamento de dados. A empresa que disponibiliza o

sistema para a Prefeitura auxiliou disponibilizando o *software* e treinamento para o uso do sistema.

4.4.3 Elaboração da proposta de produto

A elaboração do produto foi realizada considerando os momentos a seguir:

a) Inicialmente foi realizada a avaliação do mapa utilizado atualmente pela SMS, já disponibilizado no *software* Geo360, verificando limites territoriais, assim como o número e disposição das microáreas existentes. Esse mapa havia sido confeccionado no ano de 2014.

b) Após, foi realizada verificação *in loco* nas UBSs para confirmação das delimitações e realização de ajustes territoriais que se fizeram necessários. Foram realizadas visitas as 45 UBS do município para verificar as delimitações territoriais e posterior construção de um mapa atualizado junto aos ACS de cada equipe. Em todas as visitas e construções de mapas, para além do território geográfico, foi realizada avaliação do número de pessoas cadastradas em cada local, para que cada profissional ACS ficasse responsável por um número similar de pessoas. Nas visitas realizadas às UBSs que atendem a territórios que fazem divisa com outros municípios, foi apresentado pelas equipes a dificuldade com relação a limites de território, assim como a responsabilização e vínculo com usuários que moram nestes locais. Devido à base de dados para construção do mapa atualizado da SMS ser disponibilizado pelo setor de cadastro da PMC, ou seja, utilizar as limitações e jurisdições estabelecidas pelo governo do estado, obedeceu-se a essa regra para a construção do mapa atualizado, proporcionando assim segurança para as equipes em suas atuações, assim como evidências para eventuais conversas com as equipes dos municípios vizinhos.

c) Na sequência, visto que uma Interface de Programação de Aplicação (API) entre sistemas não foi desenvolvida até o momento, foi realizada a seleção e levantamento de alguns dados epidemiológicos do município através dos cadastros domiciliares e individuais da população disponíveis no sistema Celk Saúde para integração de forma manual no sistema Geo360, sendo estes: faixa etária (menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a

39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 ou mais), sexo (masculino/feminino), diabetes (sim/não), hipertensão (sim/não) e gestante (sim/não). Para a realização da integração, foi necessário levantamento dos dados desejados em planilha em formato *x/s*, para então ser realizada a integração das informações em formato de camadas no mapa. Cada item incluído no mapa é gerado em forma de camada, sendo uma sobreposta a outra para visualizarmos as informações no mapa. Devido à falta de dados georreferenciados no sistema Celk Saúde, optou-se por utilizar o número de porta e o CEP dos endereços cadastrados para gerar os pontos correspondentes à localização dos lotes com essas mesmas informações. Os cadastros sem registro de número de porta não foram incluídos nas camadas para não gerar sobreposições em um único ponto no mapa.

d) Realizada integração dos dados coletados (Celk Saúde) no *software* de georreferenciamento (Geo360).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto não prevê a realização de pesquisa com seres humanos, visto que se trata da realização da territorialização do município de Criciúma – SC. Não obstante, por utilizar banco de dados para geoprocessamento de usuários das equipes em um determinado território, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, tendo parecer favorável número 7.043.737 de 29 de agosto 2024 (Anexo A).

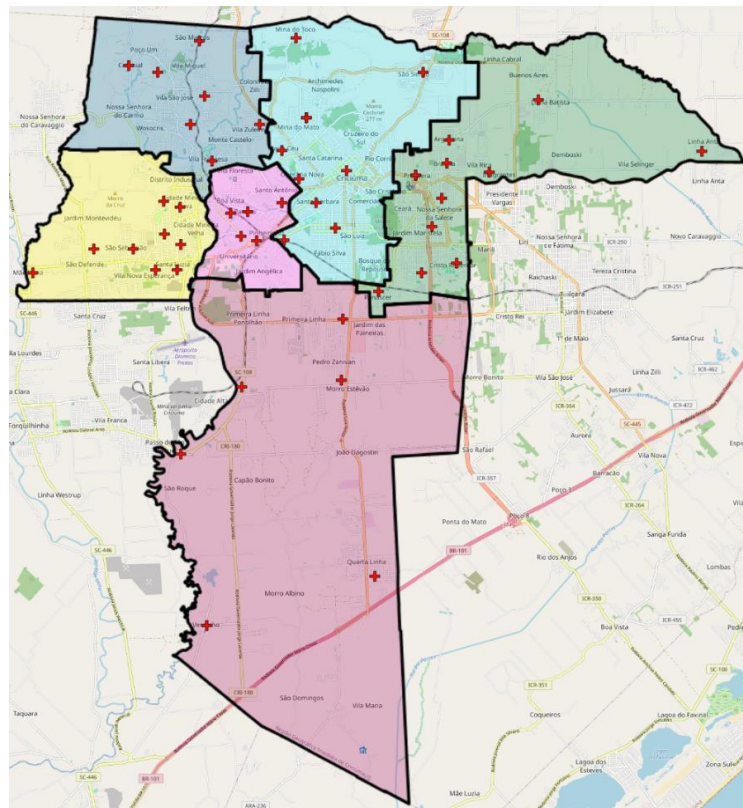
5 RESULTADOS

Os resultados estão divididos em três momentos: descrição do processo de territorialização em saúde e integração de dados epidemiológicos; material didático contendo a divisão dos distritos, áreas, microáreas e algumas características organizacionais e epidemiológicas; e descrição da experiência da aplicação do produto.

5.1 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE E INTEGRAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE CRICIUMA – SC

Para desenvolvimento da territorialização, houve inicialmente a necessidade de inclusão no mapa base de todas as UBS do município com vistas a melhor visualização das suas áreas de abrangência em casa distrito sanitário. A figura a seguir ilustra essa inserção.

Figura 1 – Unidades Básicas de Saúde de acordo com os distritos sanitários do município de Criciúma – SC.

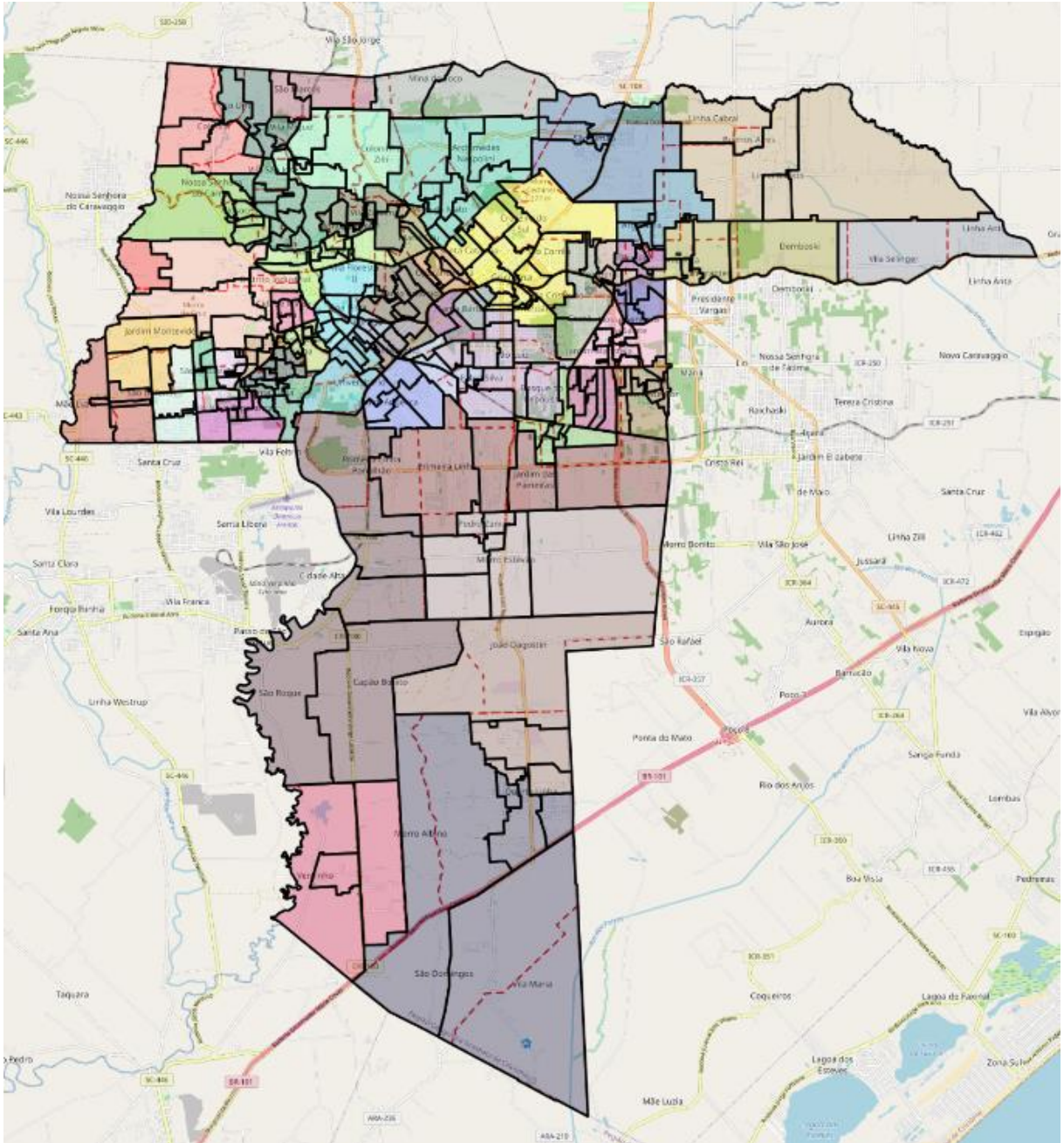


Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O processo de territorialização permitiu definir 297 microáreas distribuídas em 55 equipes de saúde. Considerando o número de habitantes, vulnerabilidades, áreas de risco e áreas de dispersão territorial, foi identificada a necessidade de criação de mais 14 microáreas distribuídas em 13 equipes de saúde, sendo esta demanda encaminhada ao gestor municipal para avaliação. Os territórios que não estavam sendo cobertos por nenhuma equipe de saúde foram totalmente cobertos, obedecendo a proximidade geográfica e acesso às UBSs de cada território.

A figura a seguir demonstra a divisão de todas as áreas e microáreas do município.

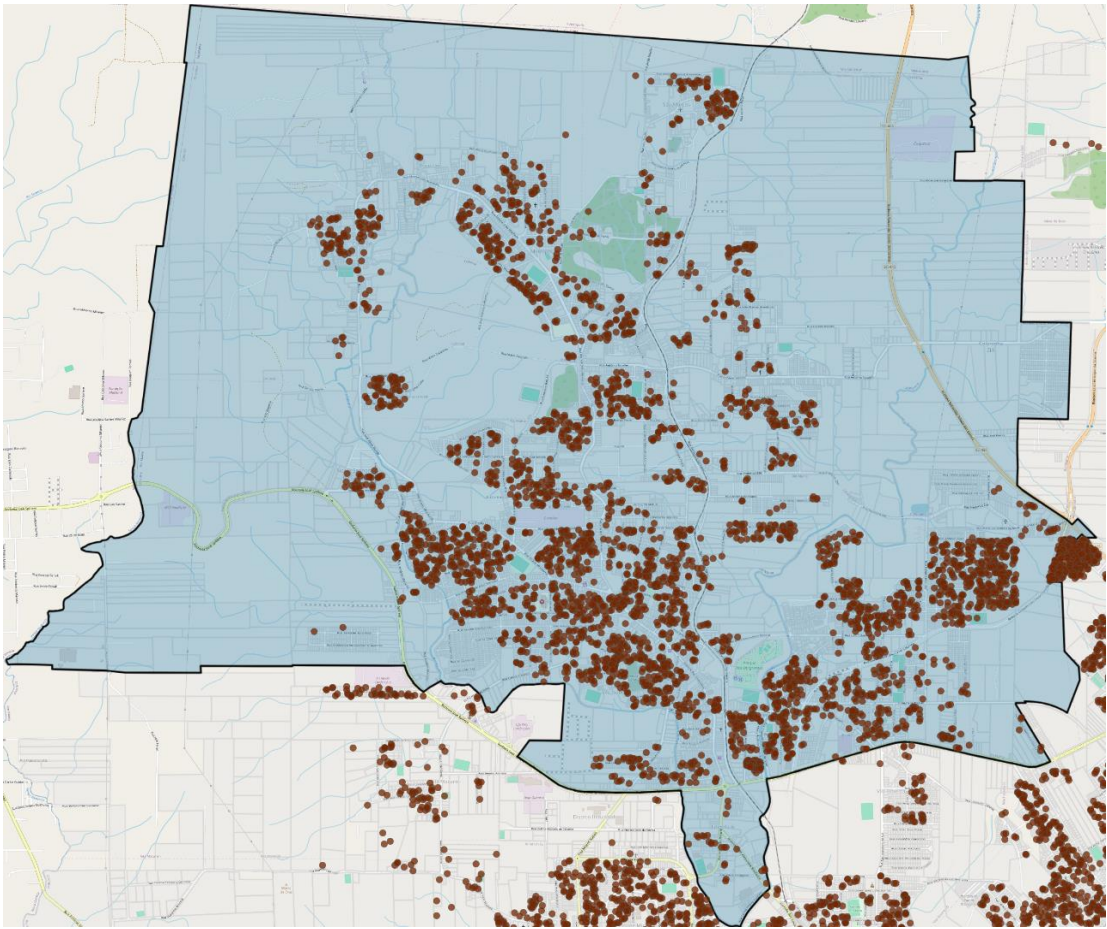
Figura 2 – Delimitação das áreas e microáreas.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

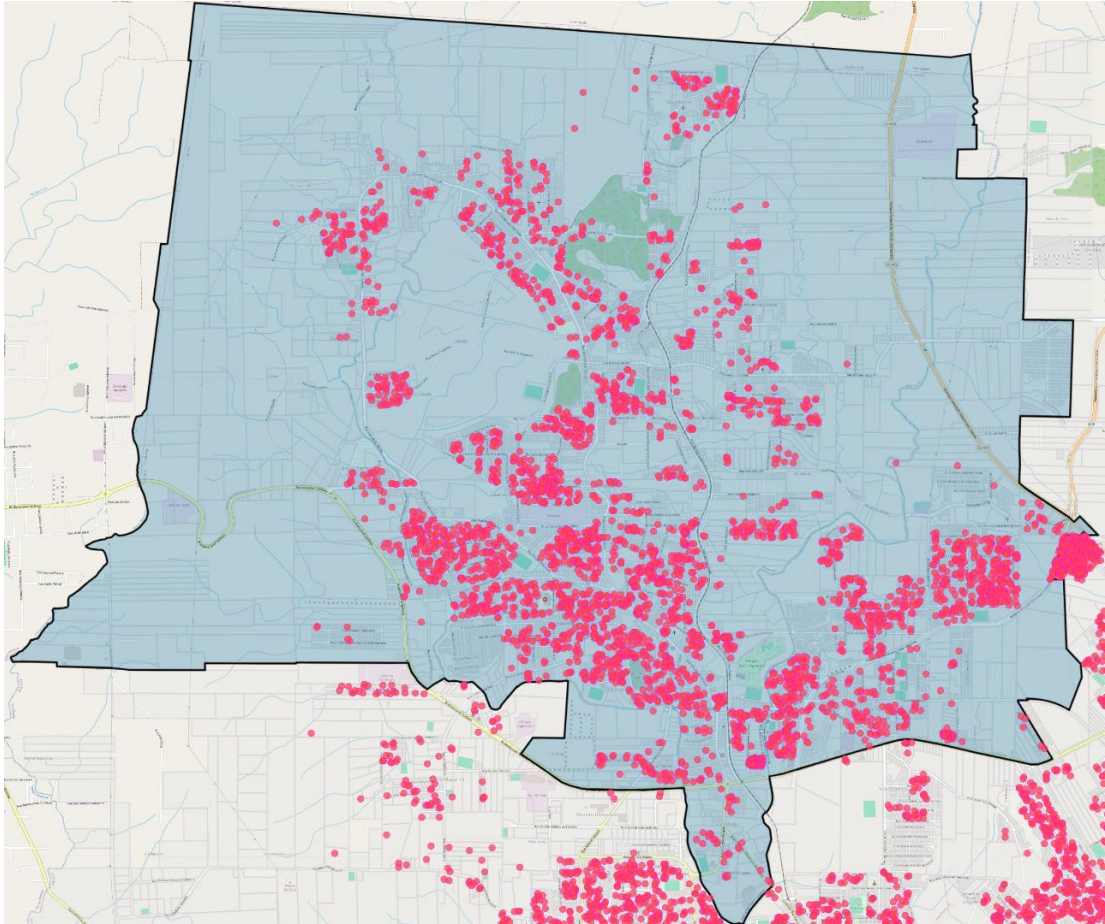
Na integração dos dados epidemiológicos entre os sistemas Celk Saúde e Geo360, foram desenvolvidas 14 camadas, apresentando os dados: faixa etária (menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 ou mais), sexo (feminino/masculino), diabetes mellitus (sim/não), hipertensão arterial sistêmica (sim/não) e gestante (sim/não). Para ilustrar essa integração utilizaremos o Distrito Rio Maina como exemplo, apresentando algumas condicionantes distribuídas no mapa do distrito.

Figura 3 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o sexo masculino.



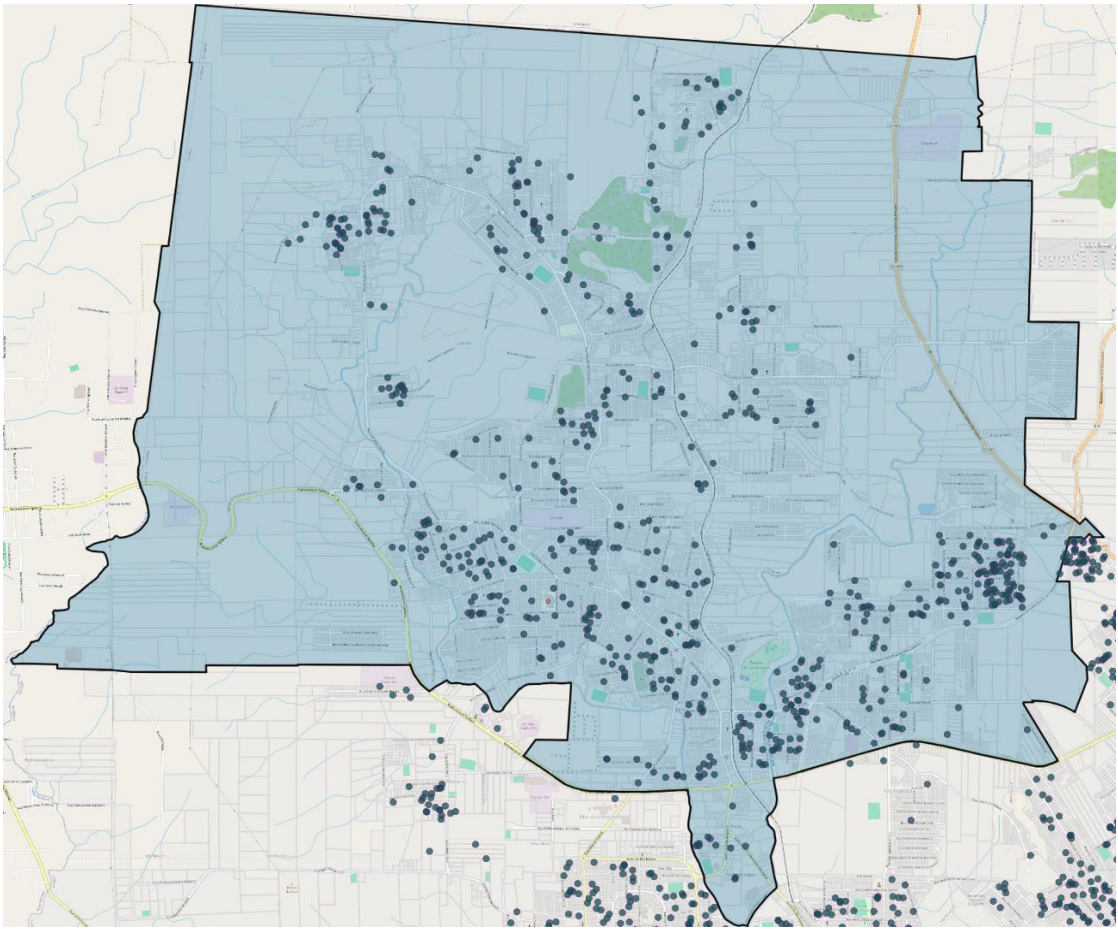
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 4 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o sexo feminino.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 5 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o diagnóstico de diabetes mellitus.



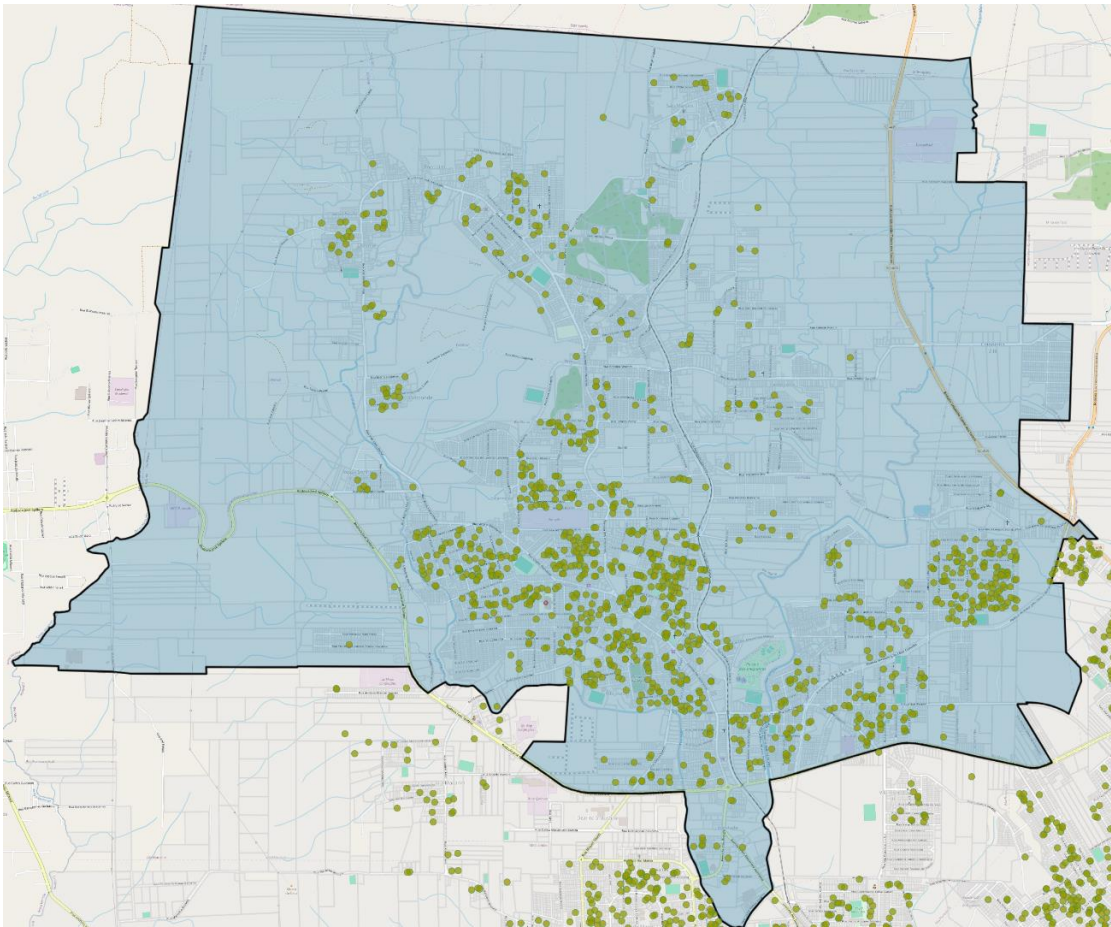
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 6 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 7 – Distrito Rio Maina e adstrição de usuários de acordo com faixa etária 60 anos ou mais.



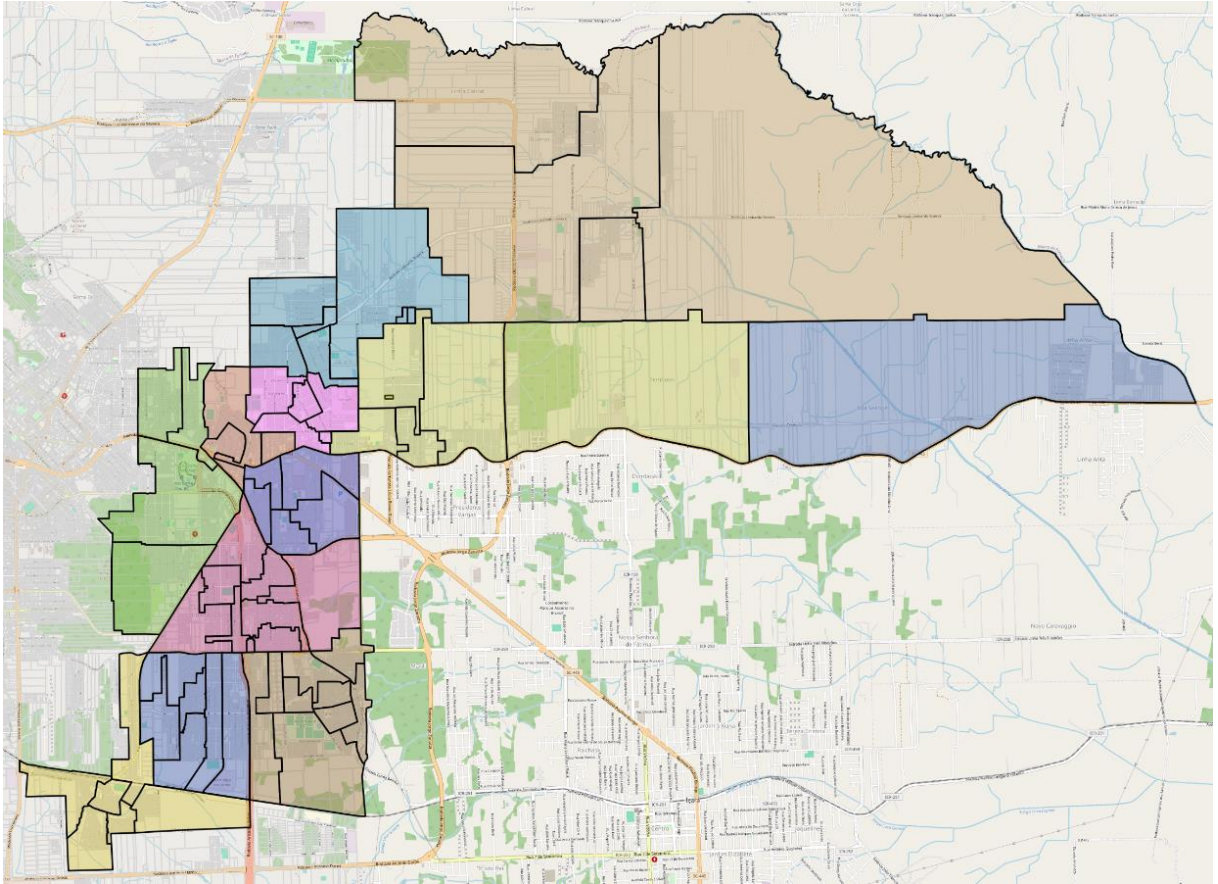
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5.2 MAPAS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UBS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC

As 55 equipes de saúde da APS do município estão distribuídas em 45 UBS, em 6 distritos sanitários: Distrito Próspera apresenta 11 UBS com 12 equipes de saúde, 62 microáreas; Distrito Rio Maina apresenta 6 UBS com 7 equipes de saúde, 41 microáreas; Distrito da Quarta Linha apresenta 5 UBS com 6 equipes de saúde, 29 microáreas; Distrito Santa Luzia apresenta 9 UBS com 13 equipes de saúde, 65 microáreas; Distrito Centro apresenta 9 UBS com 12 equipes de saúde, 63 microáreas; Distrito Boa Vista apresenta 5 UBS com 6 equipes de saúde, 37 microáreas.

A seguir, serão apresentados os mapas dos distritos sanitários e suas respectivas áreas e microáreas de todas as UBS do município, assim como

Figura 9 – Distrito Sanitário Próspera.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 12

Número de áreas: 12

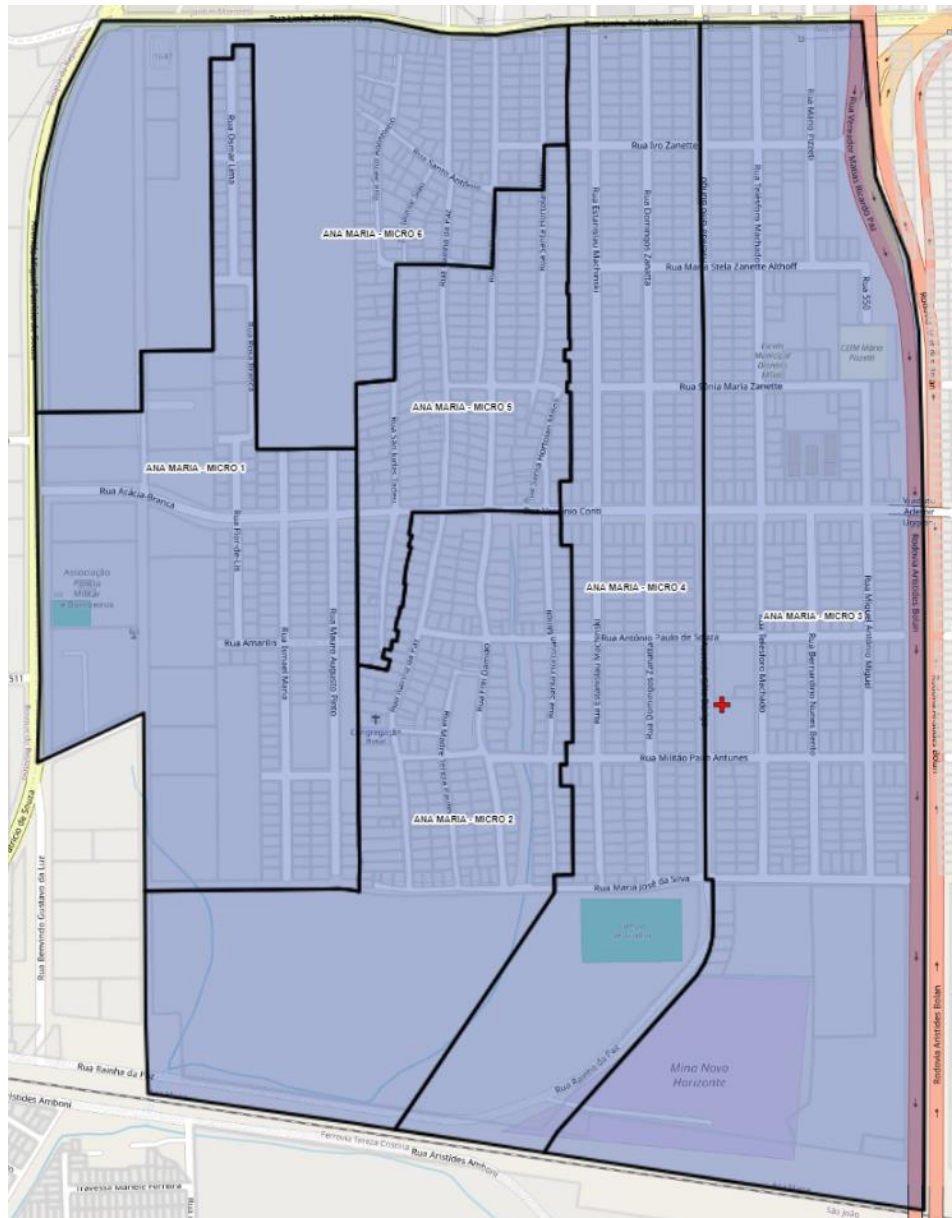
Número de microáreas: 62

População cadastrada: 42.225 (22.001 mulheres / 20.224 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 2.227

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 5.594

Figura 10 – UBS Ana Maria.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Ana Maria

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

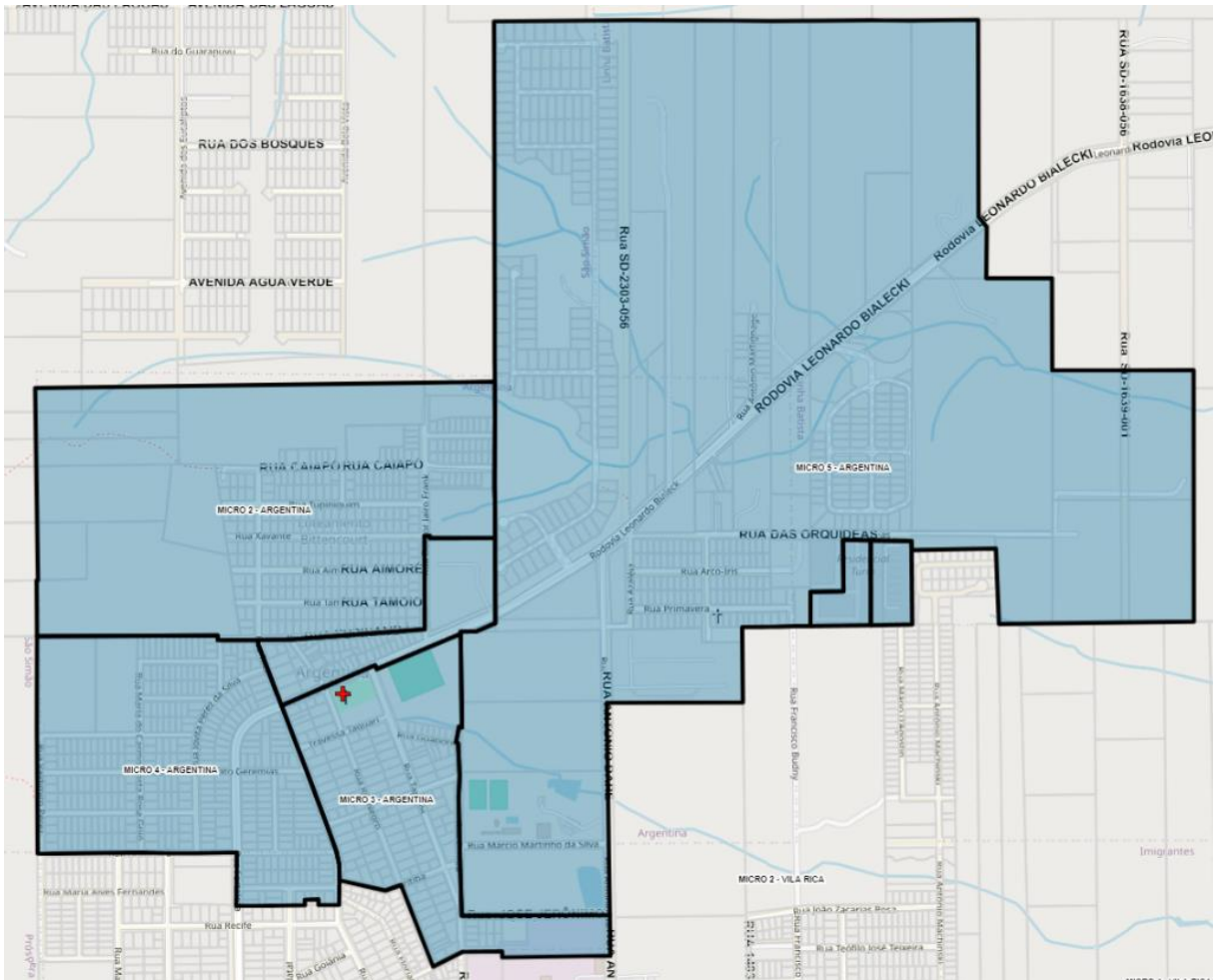
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 4.926 (2.578 mulheres / 2.348 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 237

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 623

Figura 11 – UBS Argentina.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Argentina

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

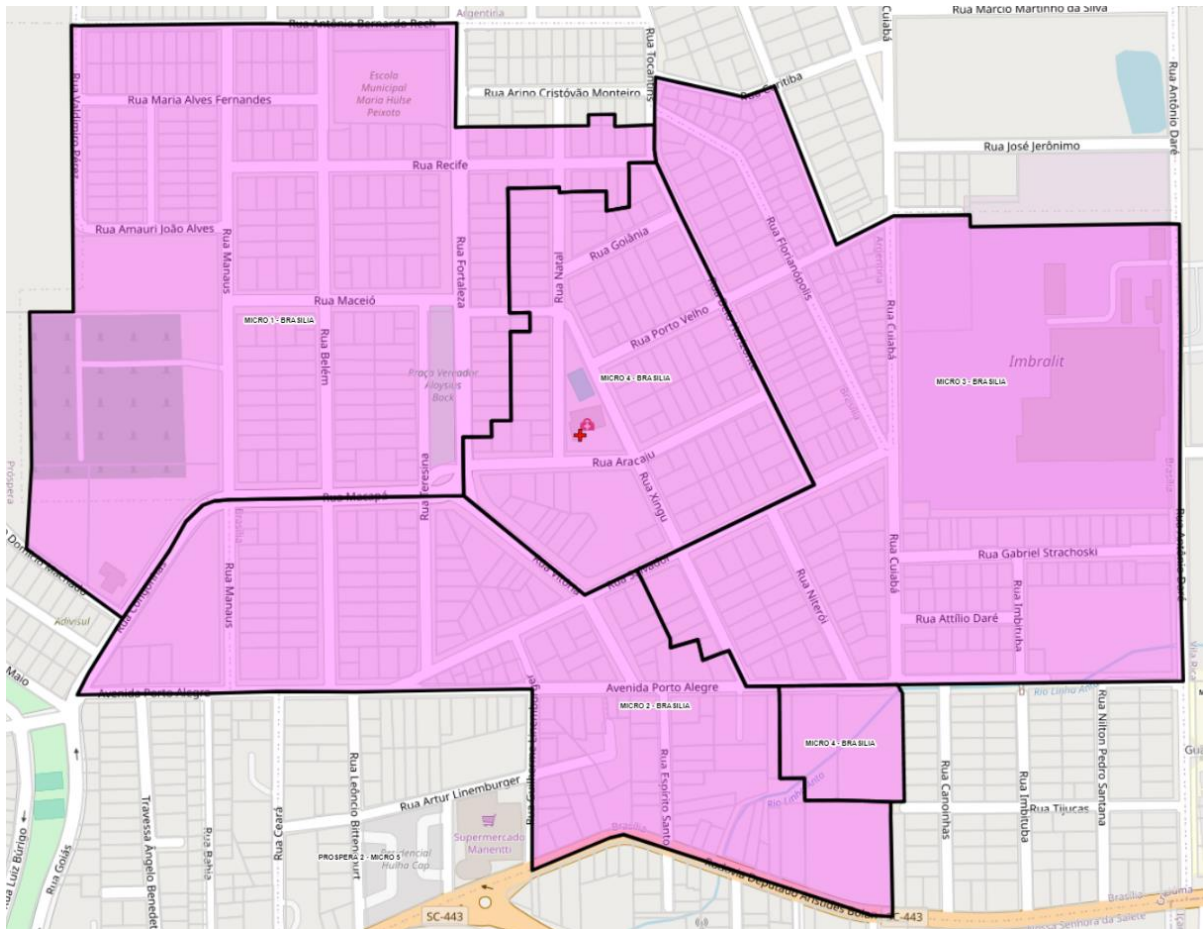
Número de microáreas: 07

População cadastrada: 3.874 (2.017 mulheres / 1.857 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 229

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 480

Figura 12 – UBS Brasília.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Brasília

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

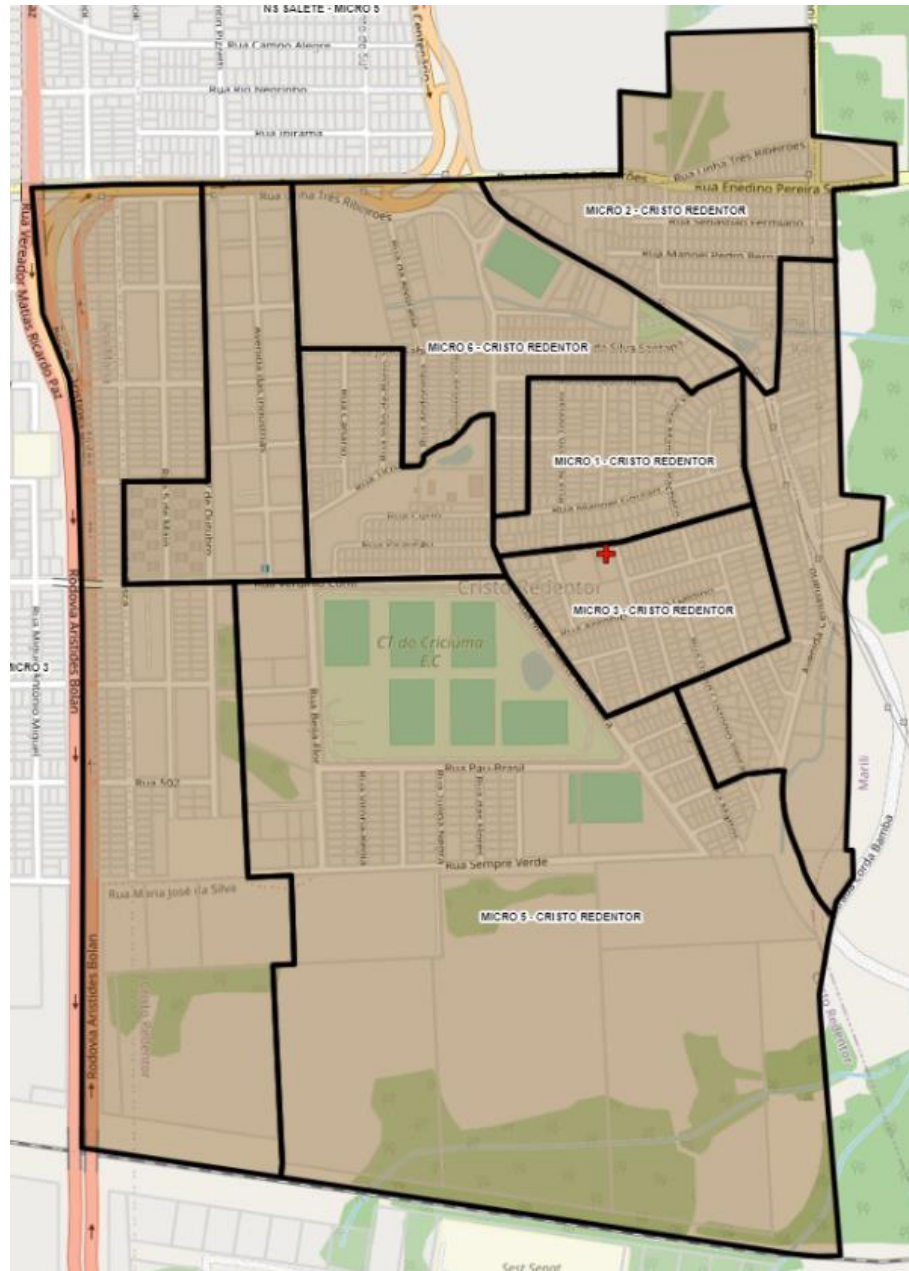
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 2.688 (1.419 mulheres / 1.269 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 178

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 389

Figura 14 – UBS Cristo Redentor.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Cristo Redentor

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

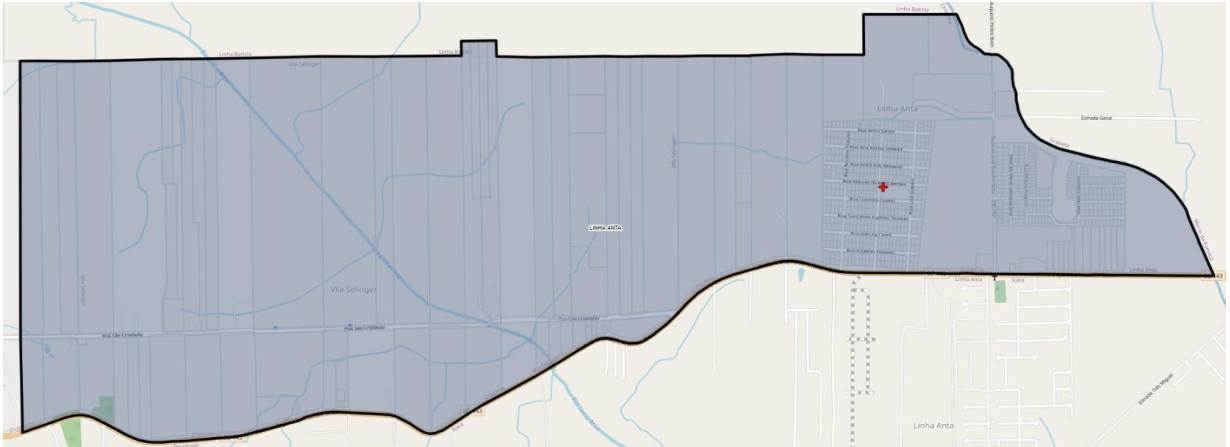
Número de microáreas: 09

População cadastrada: 4.950 (2.621 mulheres / 2.329 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 261

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 556

Figura 15 – UBS Linha Anta.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Linha Anta e Vila Selinger

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

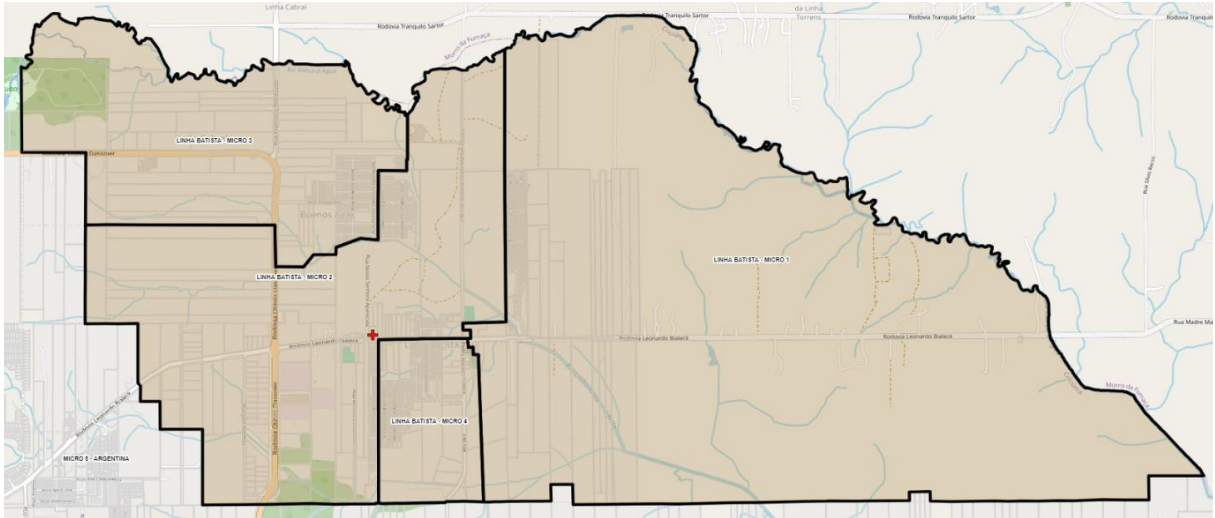
Número de microáreas: 01

População cadastrada: 1.690 (869 mulheres / 821 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 61

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 184

Figura 16 – UBS Linha Batista.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Linha Batista, Linha Cabral e Buenos Aires

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

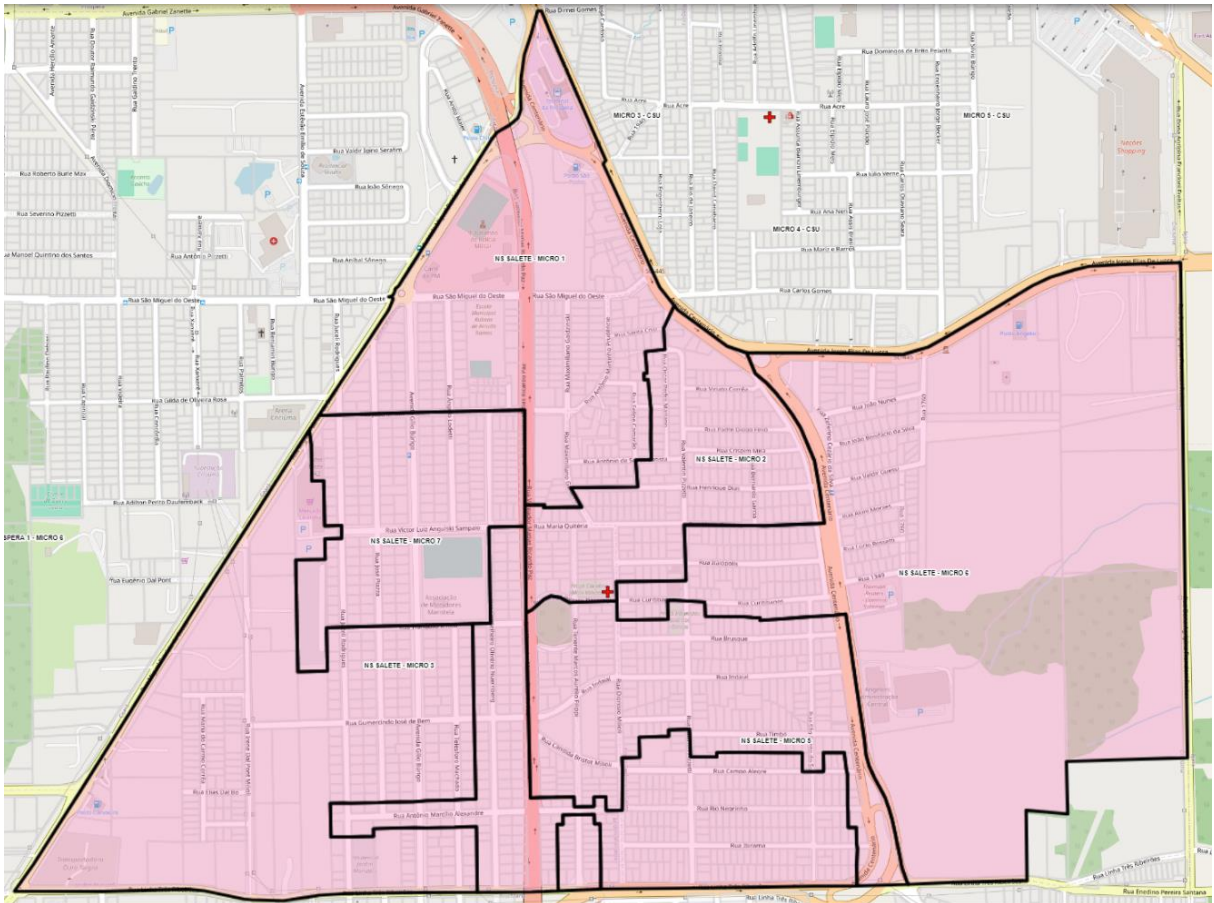
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 2.815 (1.390 mulheres / 1.425 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 128

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 296

Figura 17 – UBS Nossa Senhora da Salete.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Nossa Senhora da Salete e Jardim Maristela

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

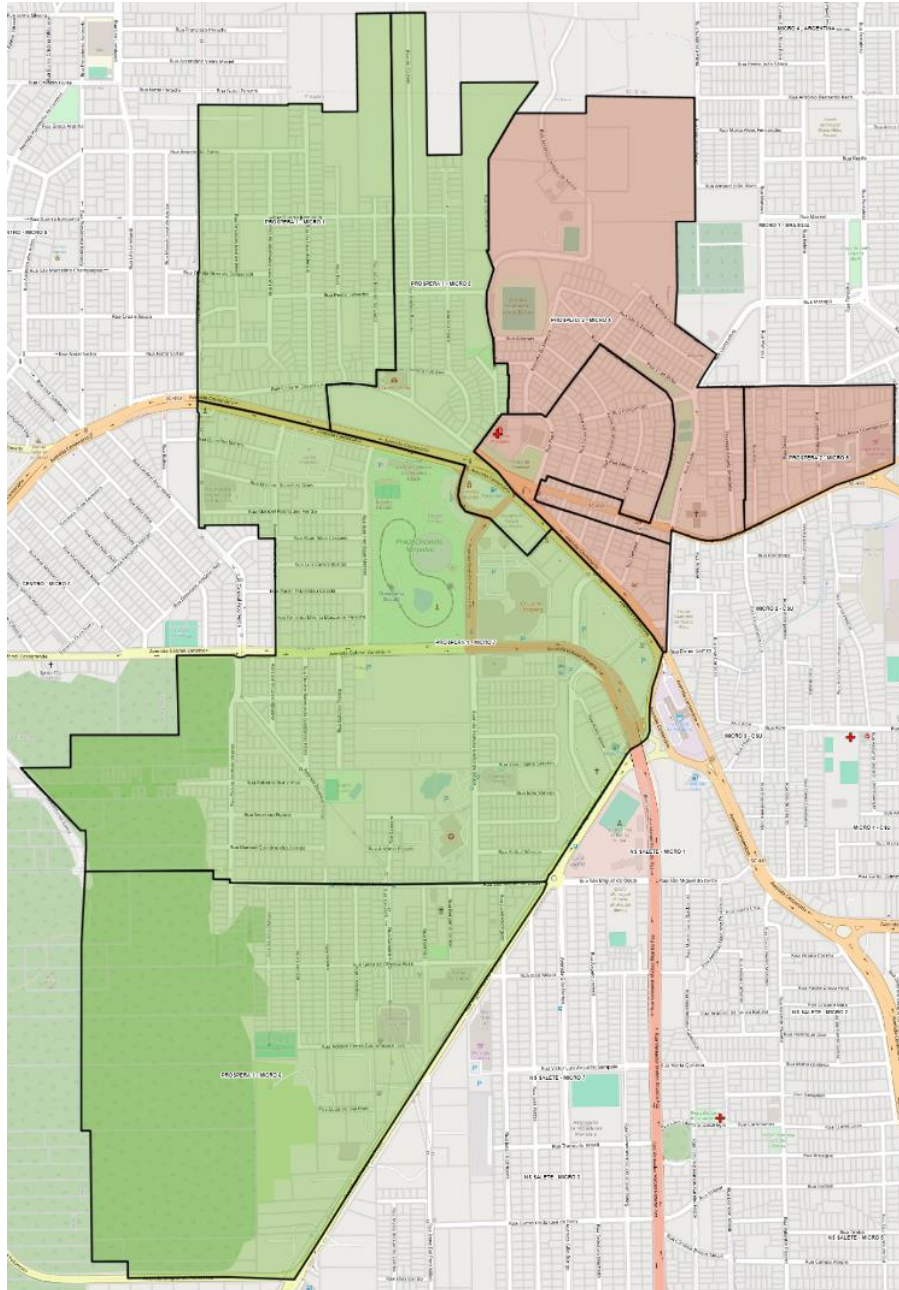
Número de microáreas: 07

População cadastrada: 4.497 (2.320 mulheres / 2.177 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 259

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 723

Figura 18 – UBS Próspera.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Próspera e Ceará

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

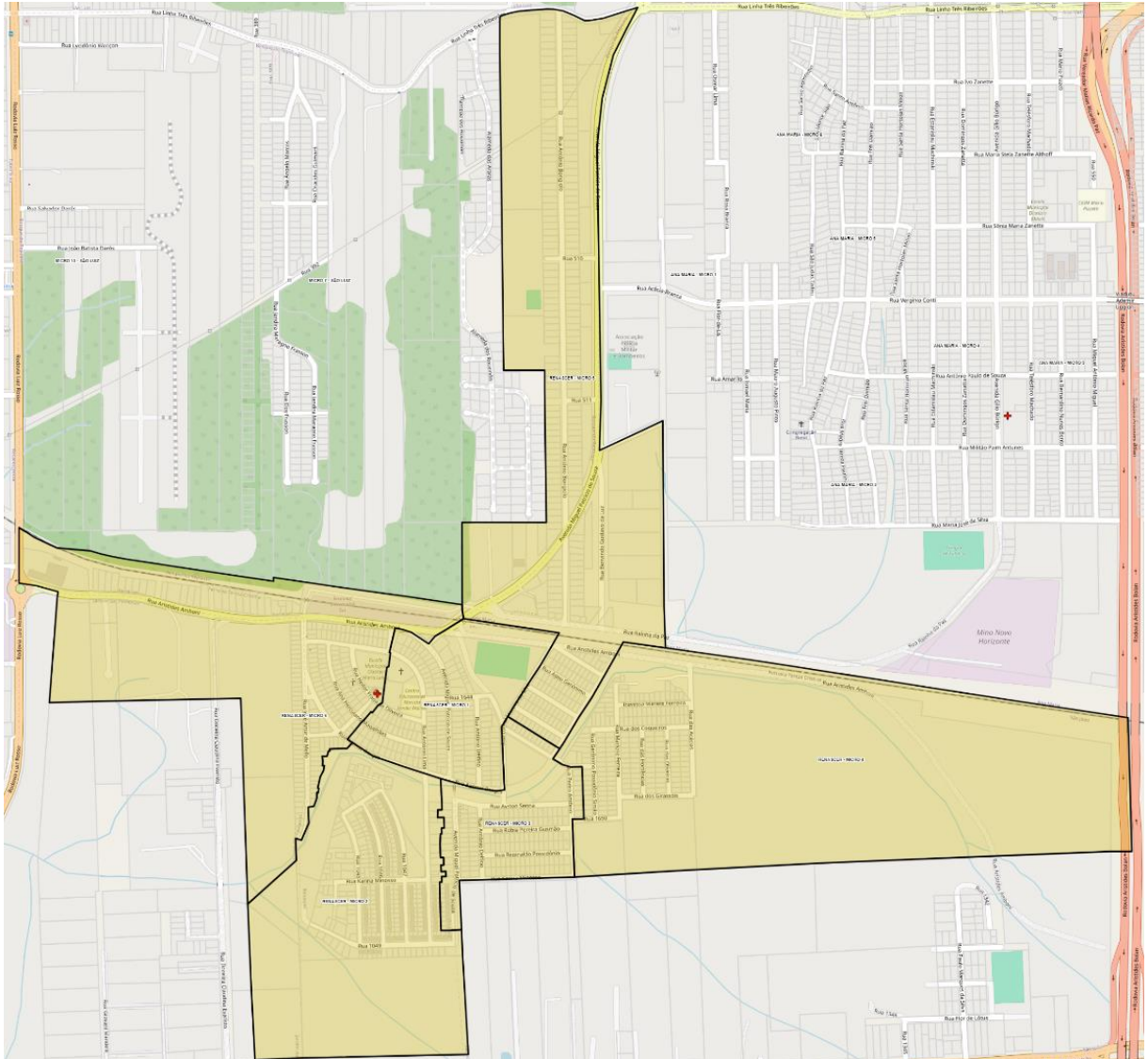
Número de microáreas: 08

População cadastrada: 5.553 (2.920 mulheres / 2.633 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 334

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 913

Figura 19 – UBS Renascer.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Renascer, Bosque do Repouso e São João

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

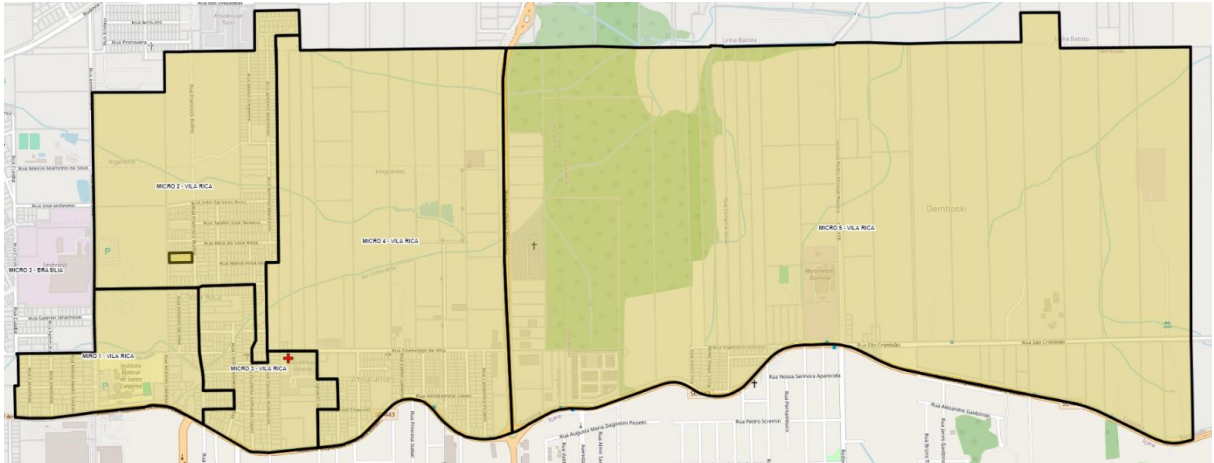
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 3.864 (2.039 mulheres / 1.825 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 197

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 473

Figura 20 – UBS Vila Rica.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Vila Rica, Imigrantes e Demboski

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

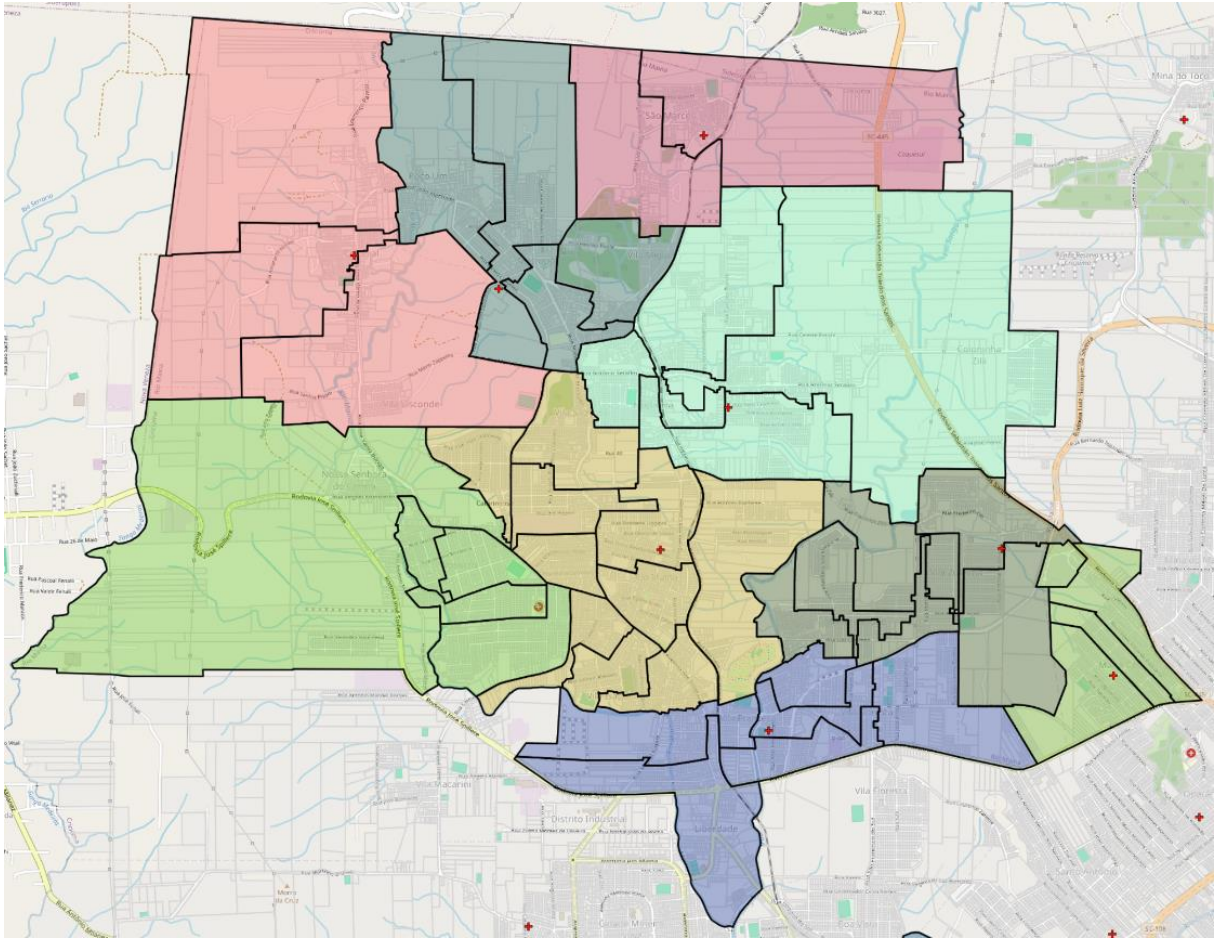
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 4.483 (2.351 mulheres / 2.132 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 212

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 527

Figura 21 – Distrito Sanitário Rio Maina.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 06

Número de áreas: 07

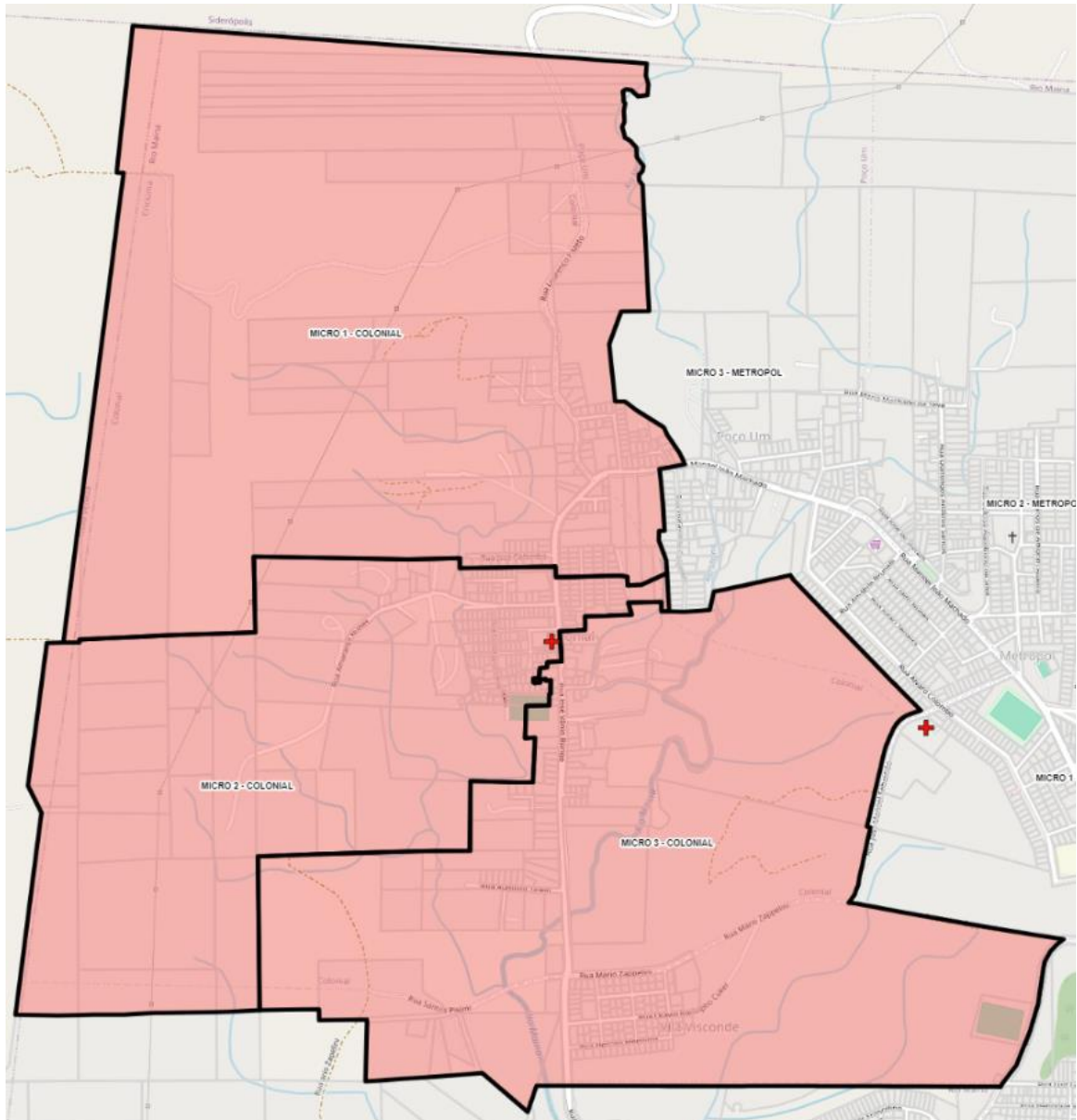
Número de microáreas: 41

População cadastrada: 29.210 (14.991 mulheres / 14.219 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 1.433

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 3.635

Figura 22 – UBS Colonial.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Colonial e Vila Visconde

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

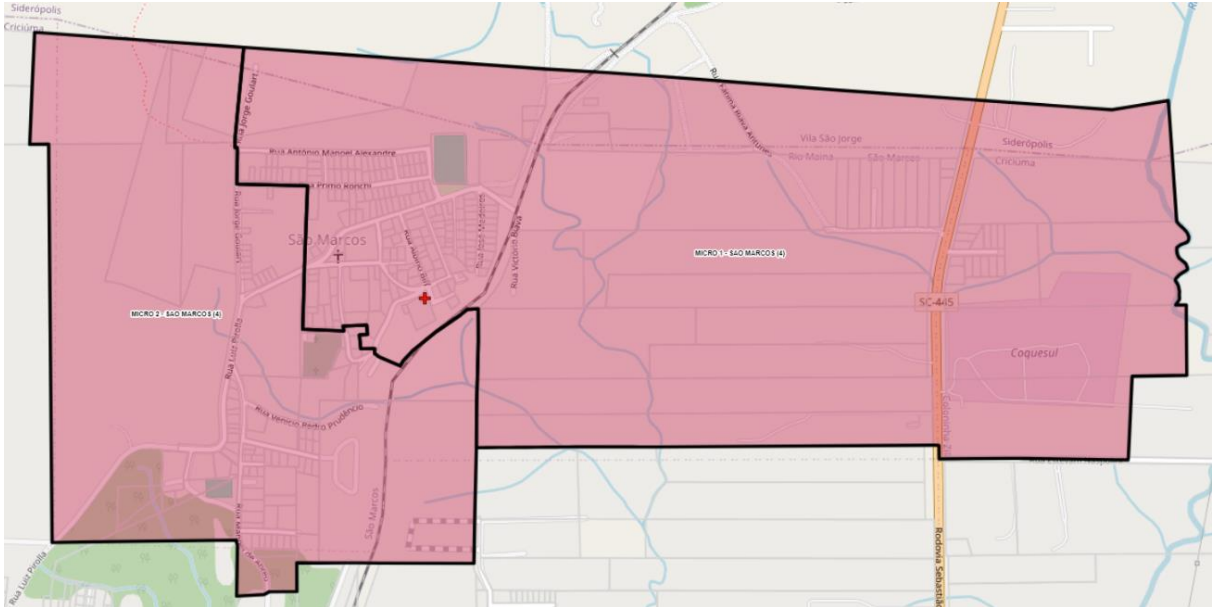
Número de microáreas: 03

População cadastrada: 1.747 (871 mulheres / 876 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 122

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 324

Figura 23 – Extensão UBS Colonial: São Marcos.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: São Marcos

Número de Equipes de Saúde da Família: 01 (mesma da UBS Colonial)

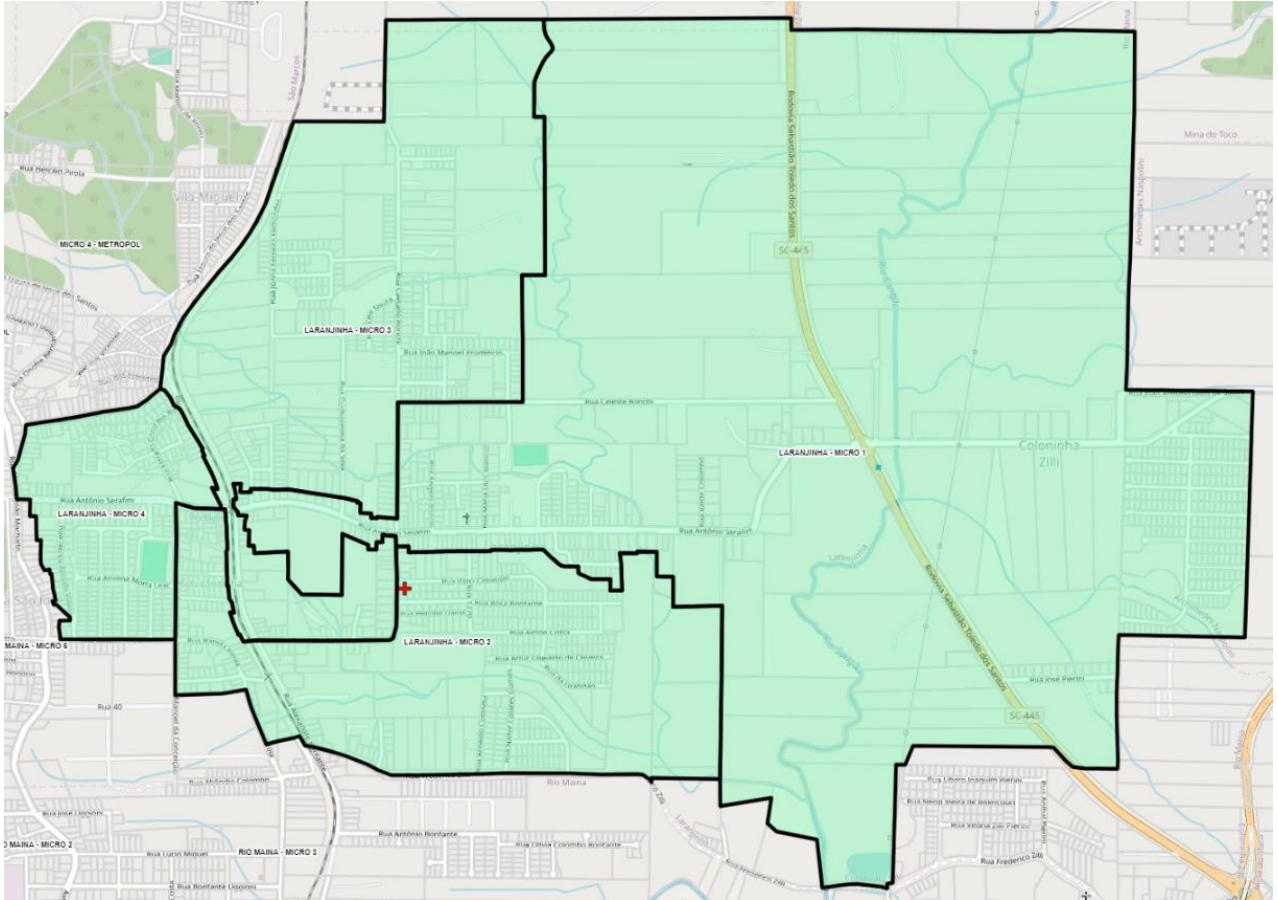
Número de microáreas: 02

População cadastrada: 1.043 (517 mulheres / 526 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 63

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 164

Figura 24 – UBS Laranjinha.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Laranjinha e Coloninha Zili

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

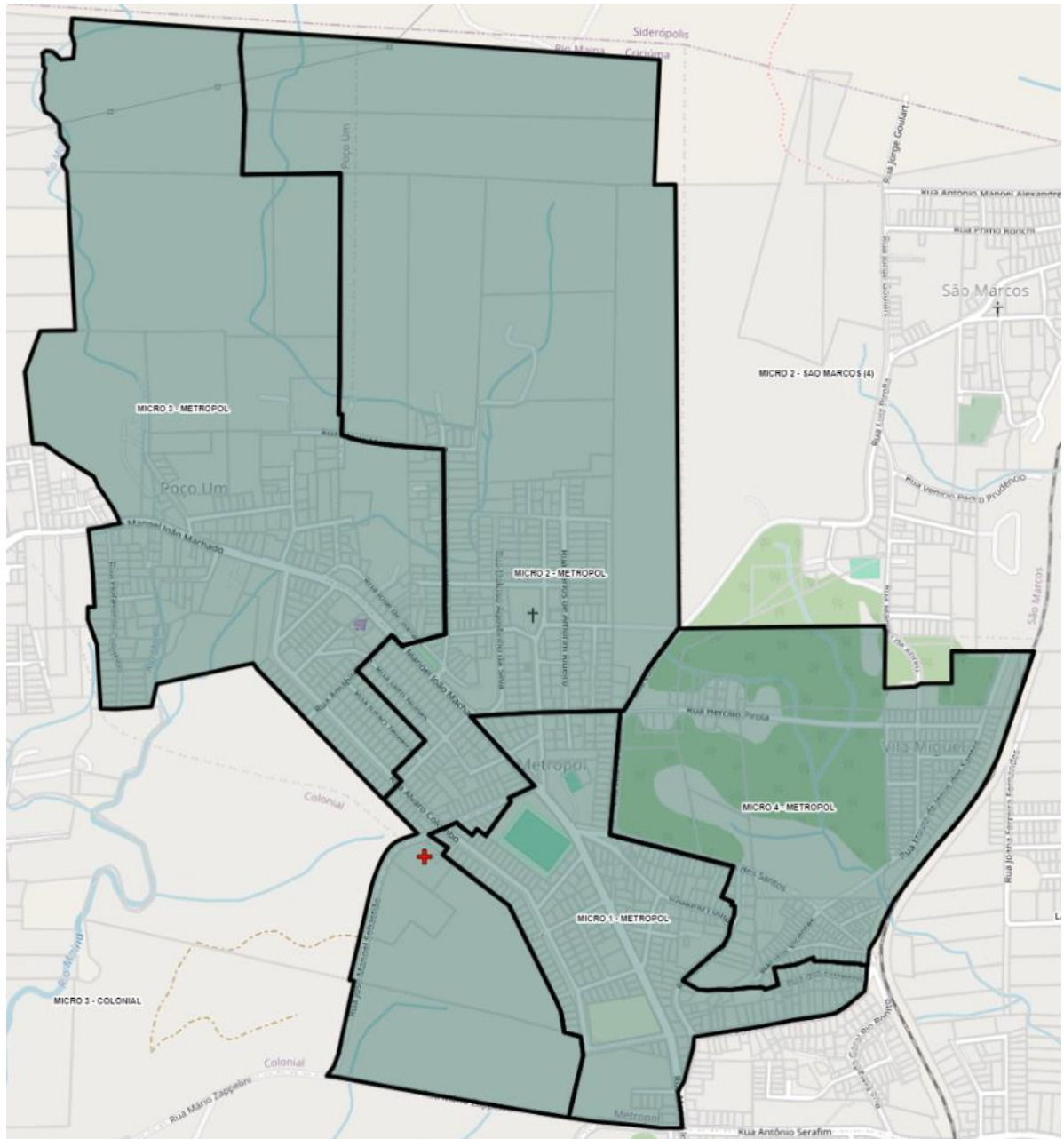
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 3.925 (1.979 mulheres / 1.946 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 176

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 439

Figura 25 – UBS Metropol.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Metropol, Poço Um e Vila Miguel

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

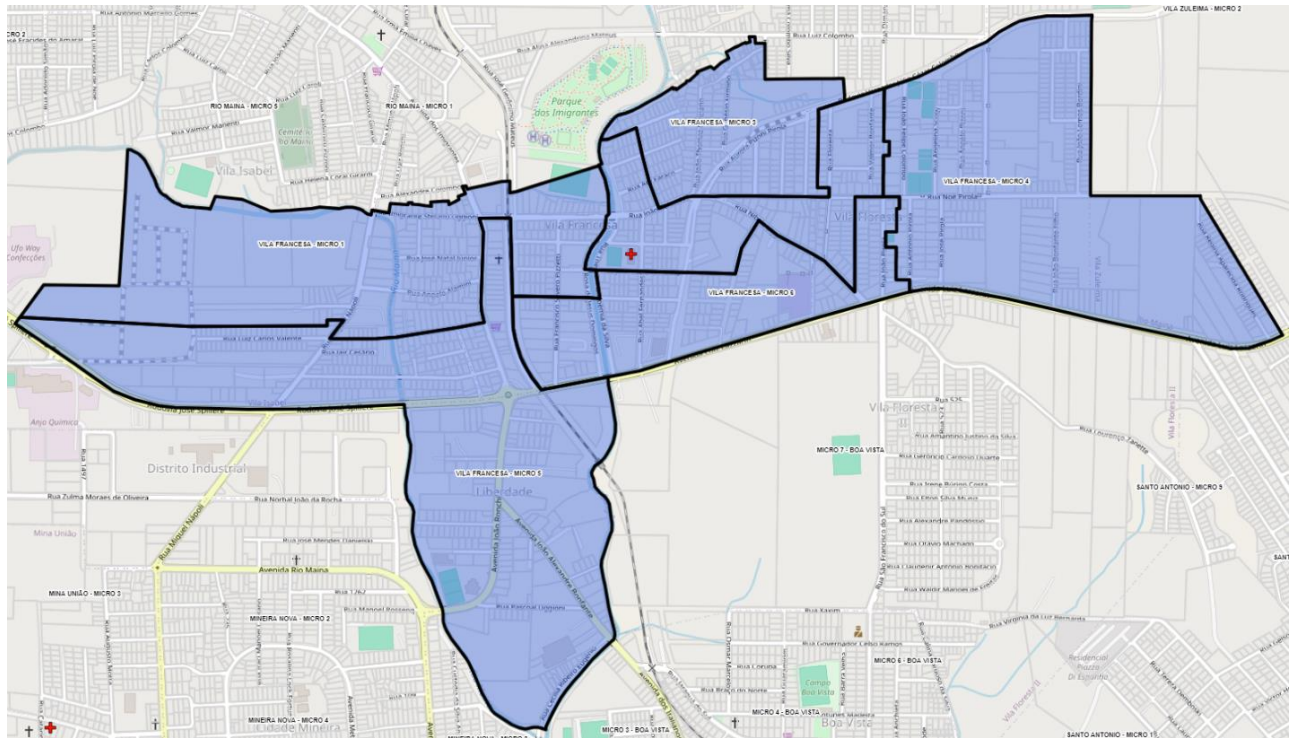
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 3.347 (1.686 mulheres / 1.661 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 180

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 394

Figura 26 – UBS Vila Francesa.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Vila Francesa, Vila Floresta I, Liberdade e Vila Isabel

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

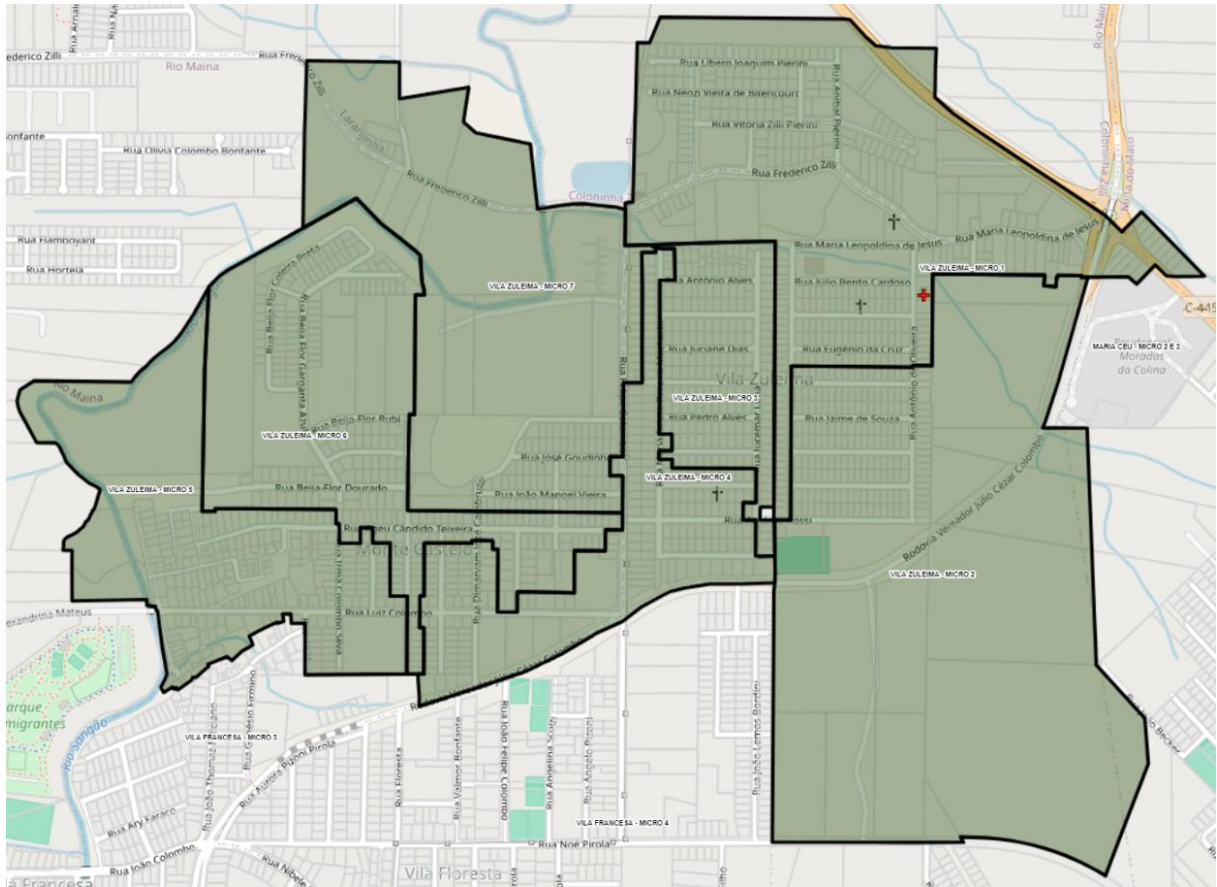
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 3.620 (1.877 mulheres / 1.743 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 225

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 551

Figura 27 – UBS Vila Zuleima.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Vila Zuleima, Monte Castelo e Coloninha Zili

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

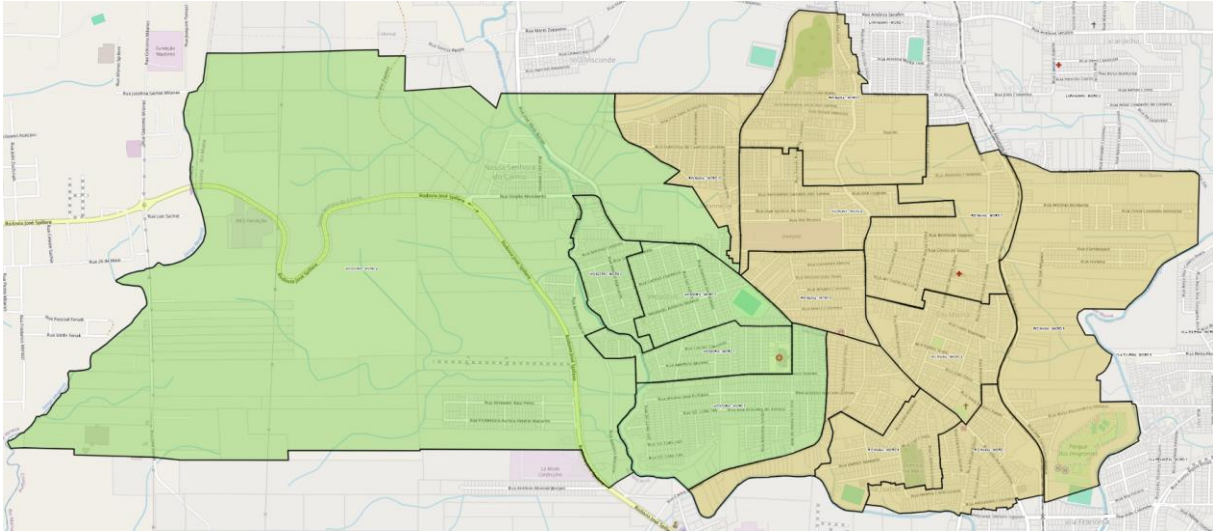
Número de microáreas: 07

População cadastrada: 4.362 (2.268 mulheres / 2.094 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 245

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 602

Figura 28 – UBS Wosocris.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Wosocris, Rio Maina, Vila Isabel, Nossa Senhora do Carmo e Vila São José

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

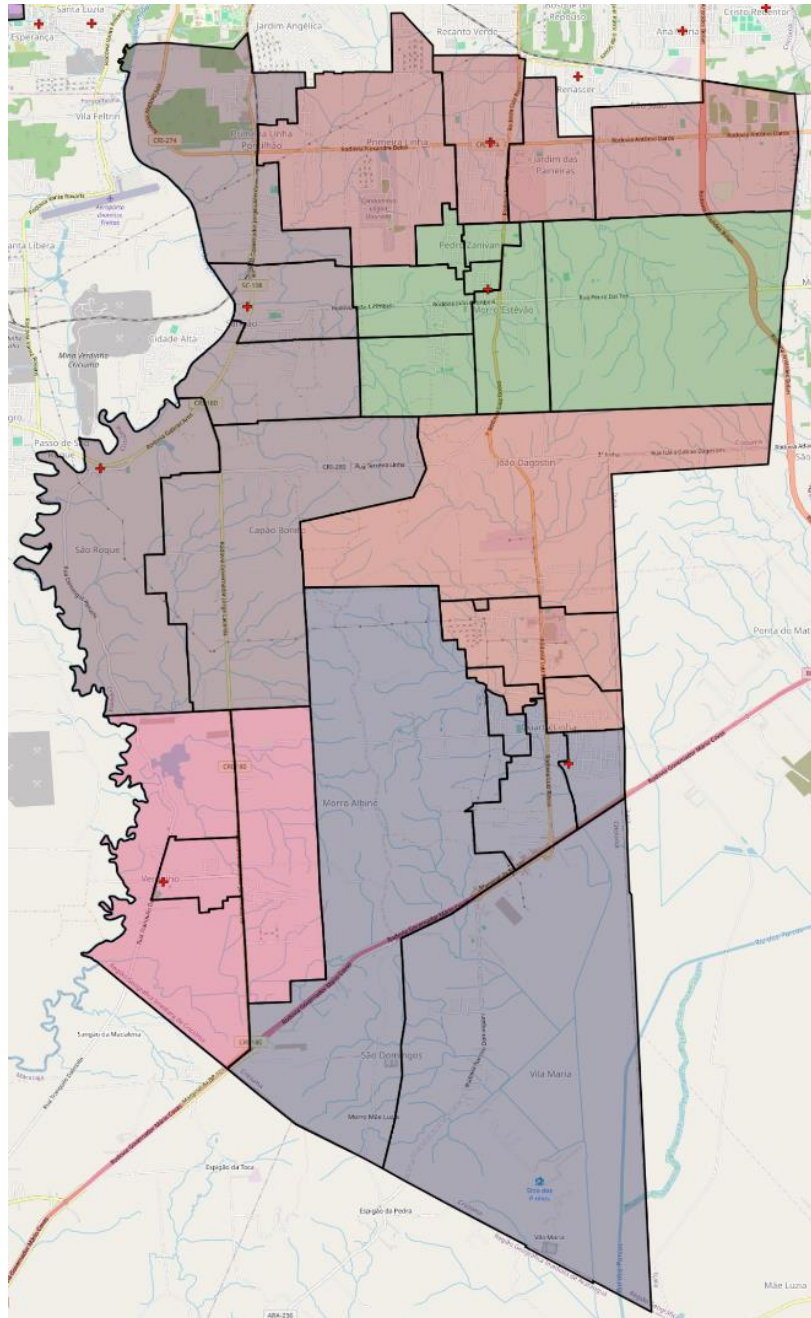
Número de microáreas: 15

População cadastrada: 11.166 (5.793 mulheres / 5.373 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 422

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 1.161

Figura 29 – Distrito Sanitário Quarta Linha.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 05

Número de áreas: 06

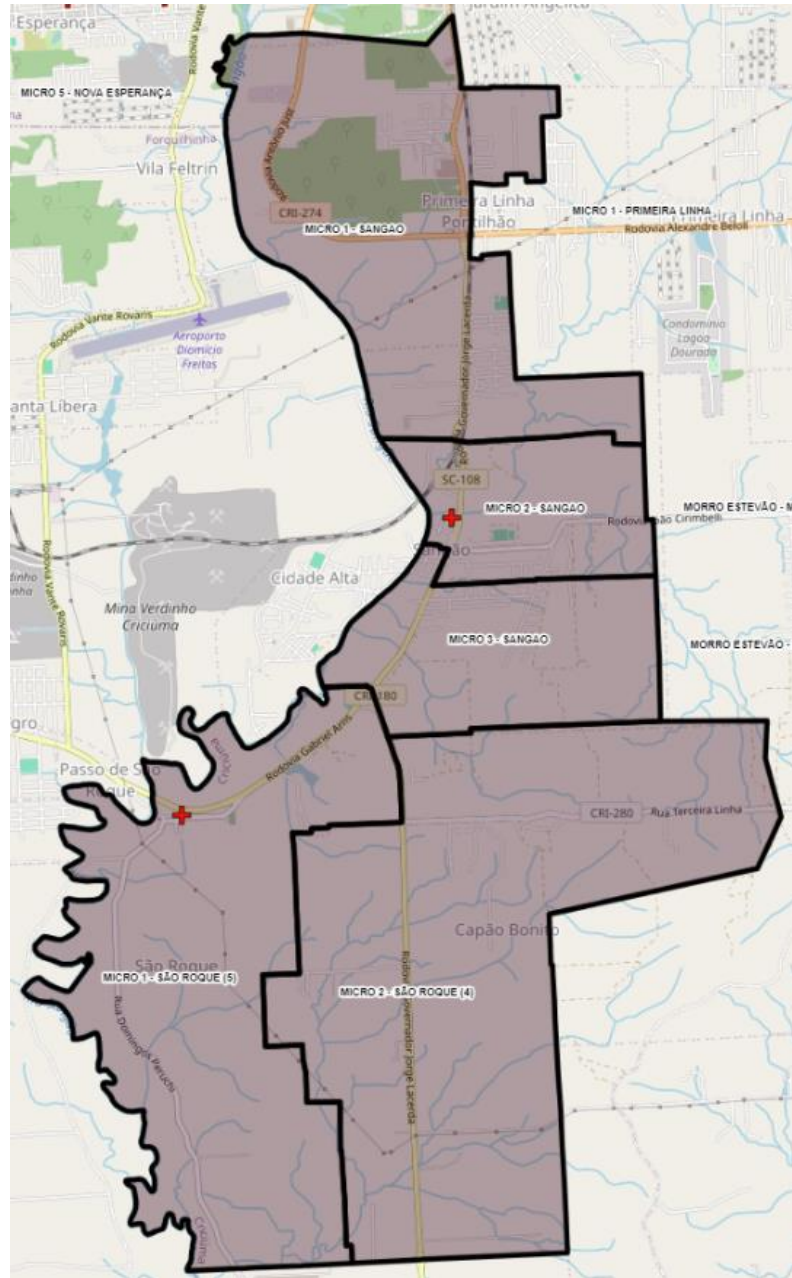
Número de microáreas: 29

População cadastrada: 18.811 (9.505 mulheres / 9.306 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 913

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 2.580

Figura 30 – UBS Sangão (+ Extensão São Roque).



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Sangão, São Roque, Capão Bonito e Primeira Linha Pontilhão

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

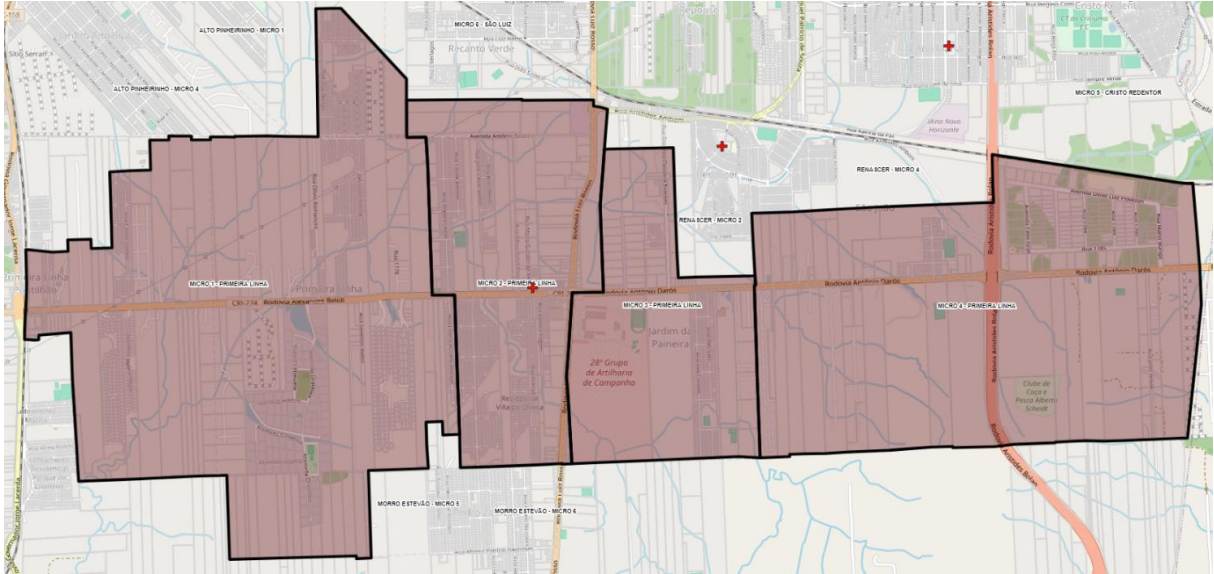
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 2.375 (1.144 mulheres / 1.231 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 154

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 466

Figura 33 – UBS Primeira Linha.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Primeira Linha, Jardim das Paineiras e São João

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

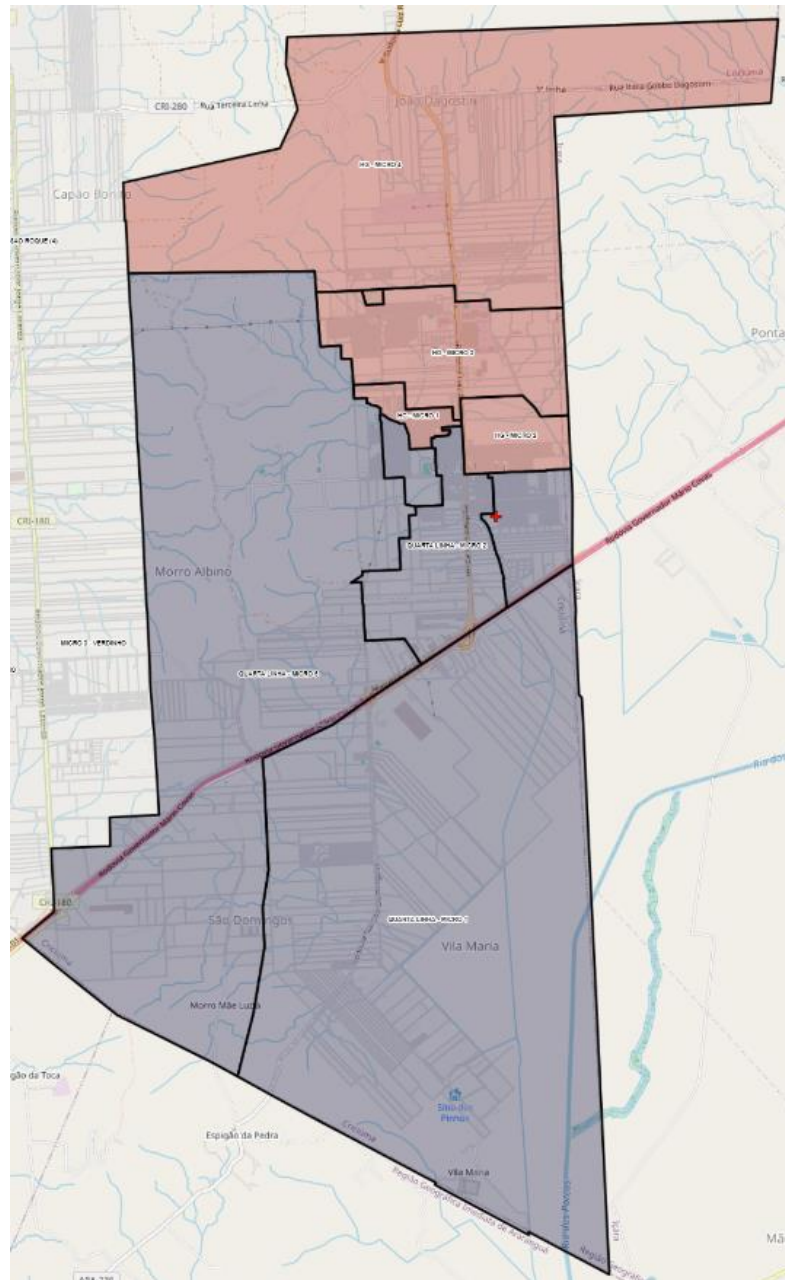
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 3.305 (1.689 mulheres / 1.616 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 169

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 395

Figura 34 – UBS Quarta Linha.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Quarta Linha, Morro Albino, Dagostin, São Domingos e Vila Maria

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

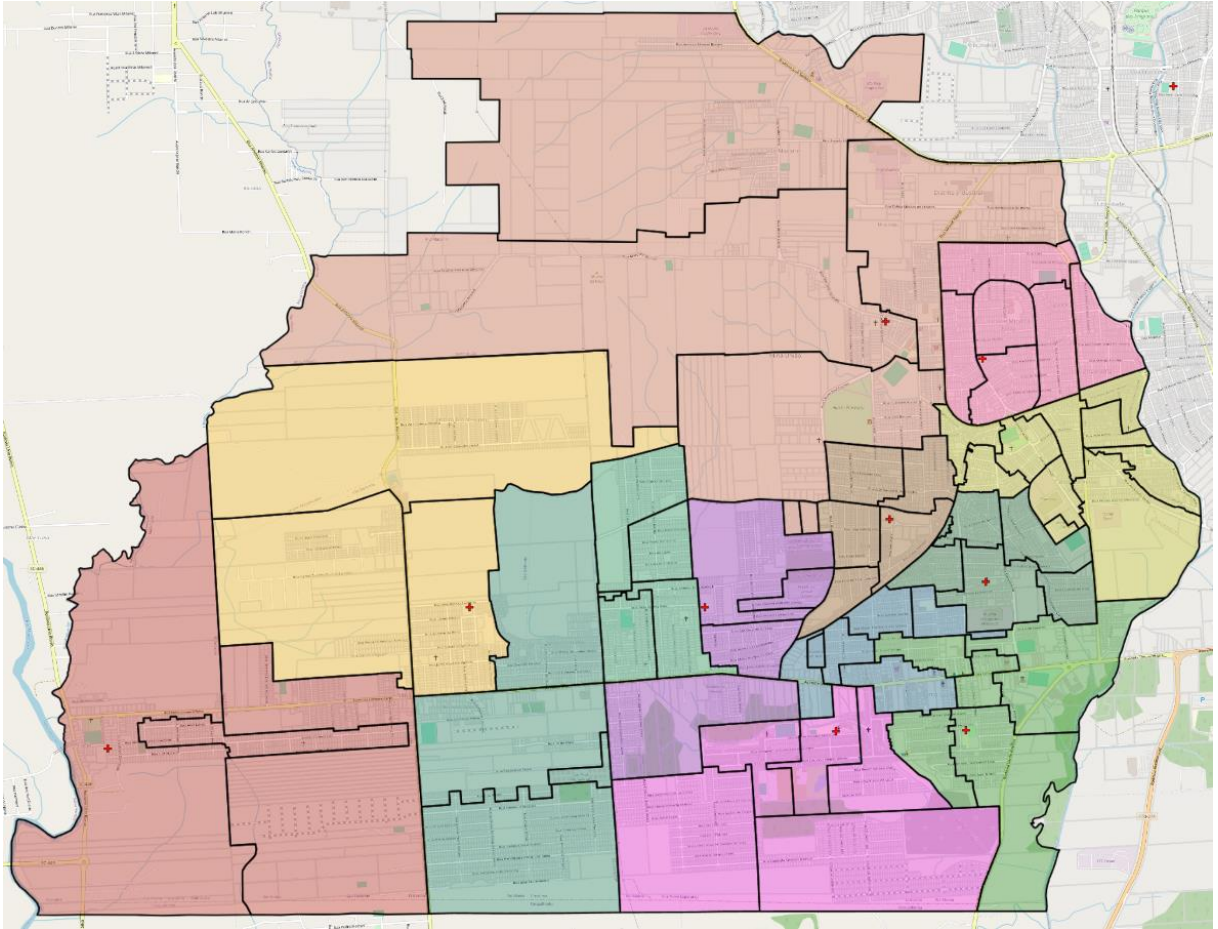
Número de microáreas: 10

População cadastrada: 8.011 (4.116 mulheres / 3.895 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 356

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 944

Figura 35 – Distrito Sanitário Santa Luzia.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 13

Número de áreas: 13

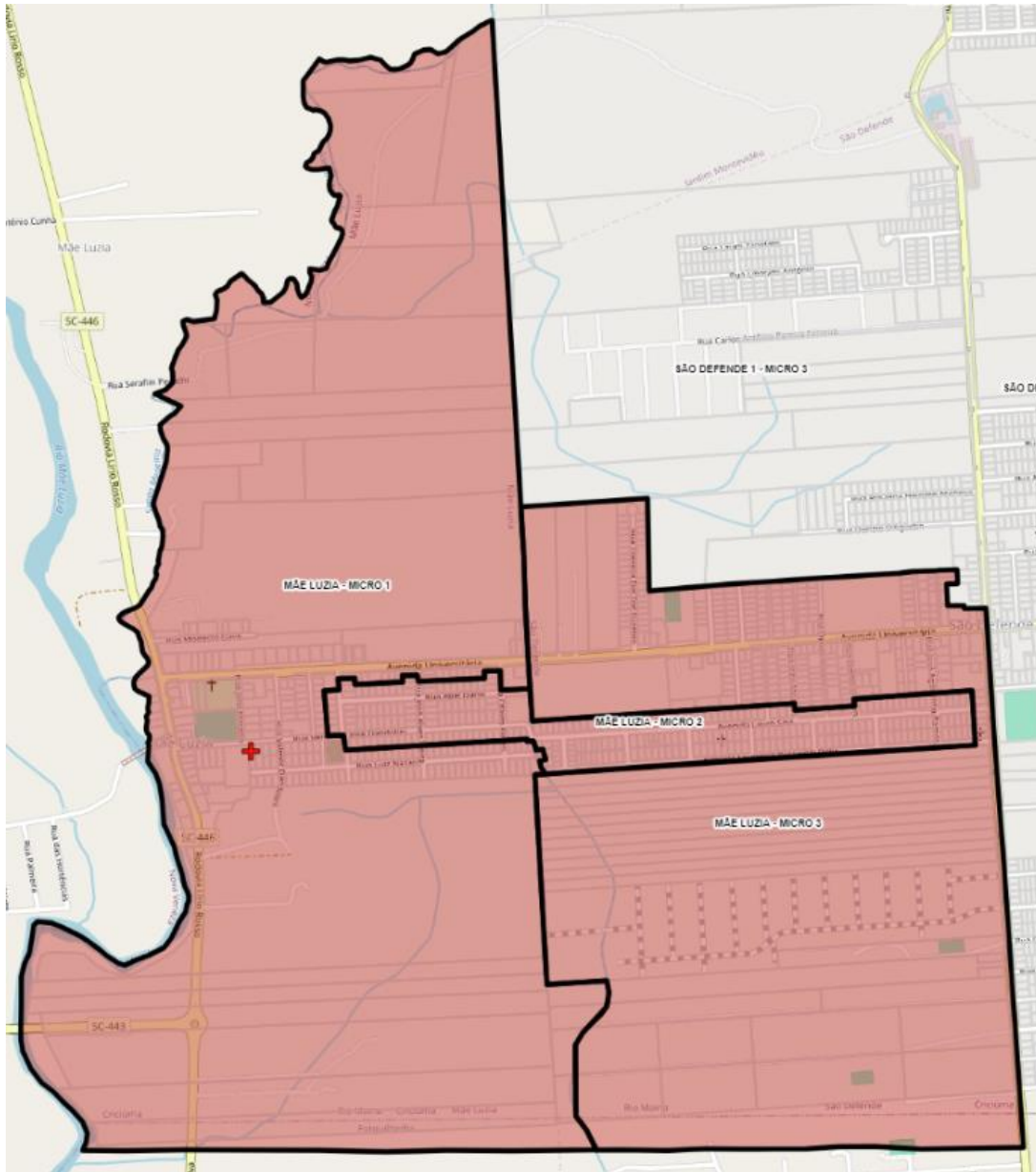
Número de microáreas: 65

População cadastrada: 40.315 (20.923 mulheres / 19.392 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 2.337

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 5.436

Figura 37 – UBS Mãe Luzia.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Mãe Luzia e São Defende

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

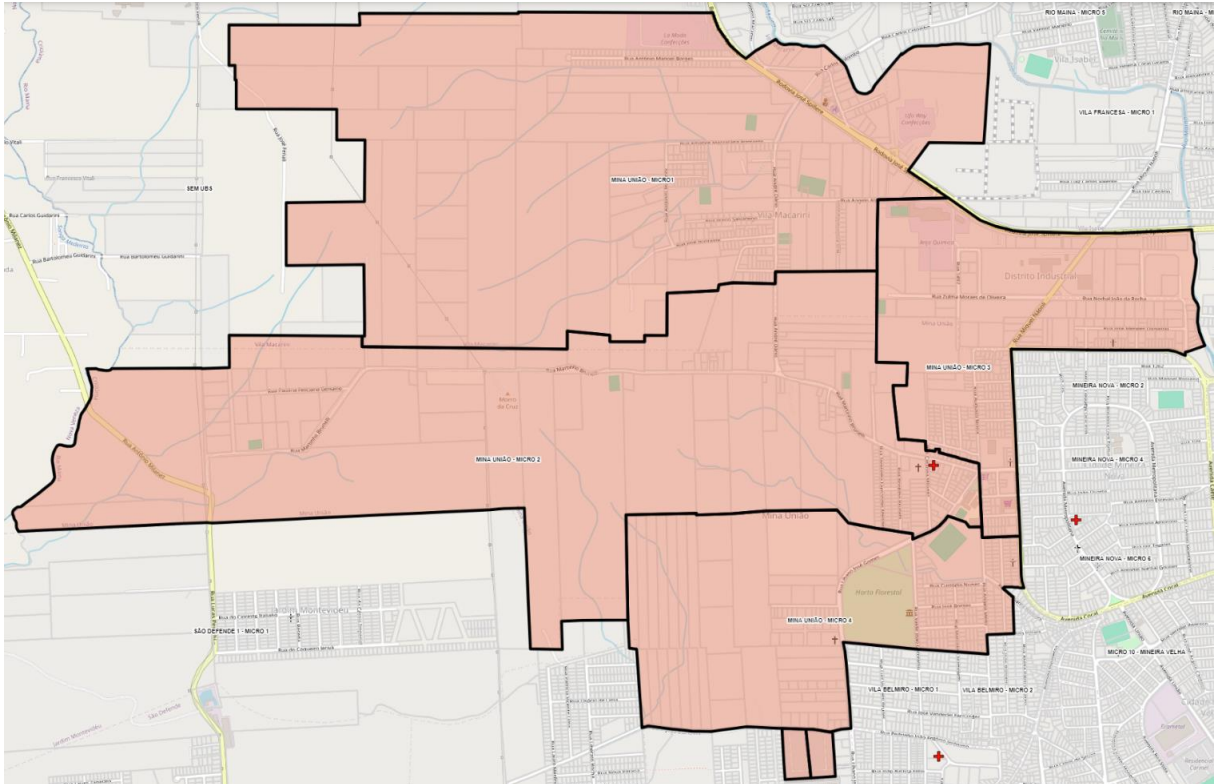
Número de microáreas: 03

População cadastrada: 2.179 (1.139 mulheres / 1.040 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 151

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 411

Figura 38 – UBS Mina União.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Mina União e Vila Macarini

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

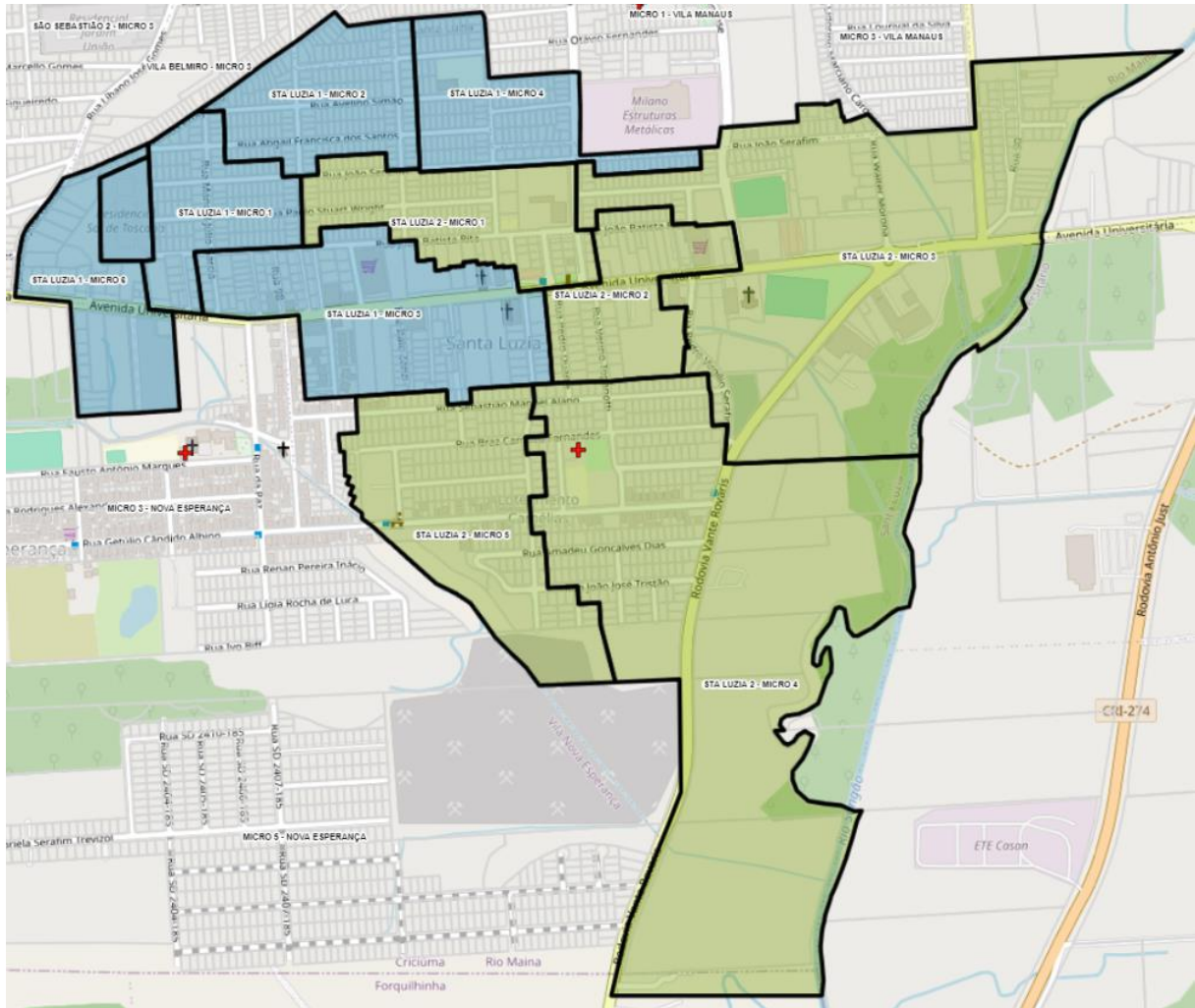
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 3.174 (1.624 mulheres / 1.550 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 159

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 349

Figura 40 – UBS Santa Luzia.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Santa Luzia

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

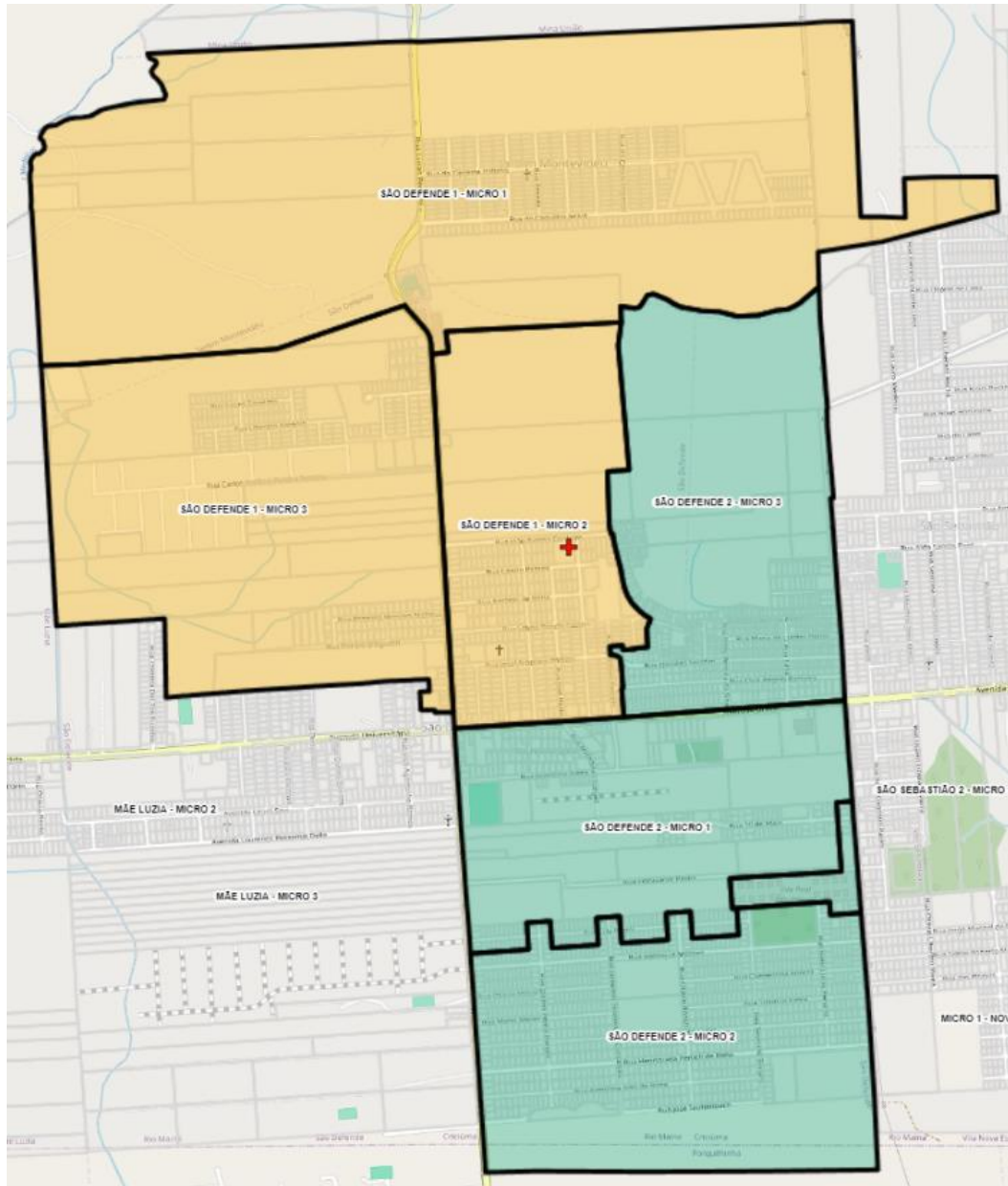
Número de microáreas: 11

População cadastrada: 5.561 (2.876 mulheres / 2.685 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 312

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 698

Figura 41 – UBS São Defende.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: São Defende e Jardim Montevideu

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

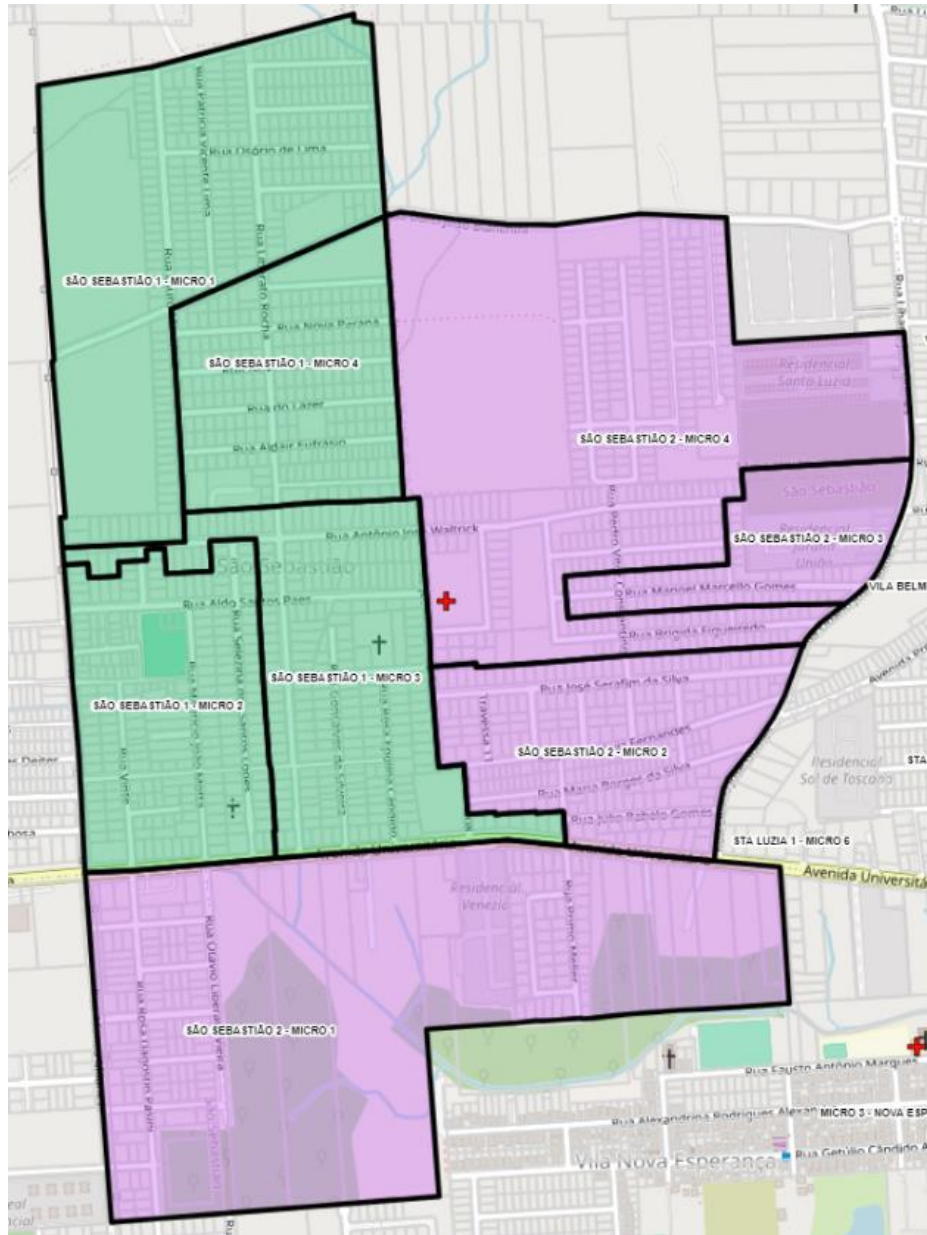
Número de microáreas: 07

População cadastrada: 5.410 (2.798 mulheres / 2.612 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 220

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 571

Figura 42 – UBS São Sebastião.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: São Sebastião

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

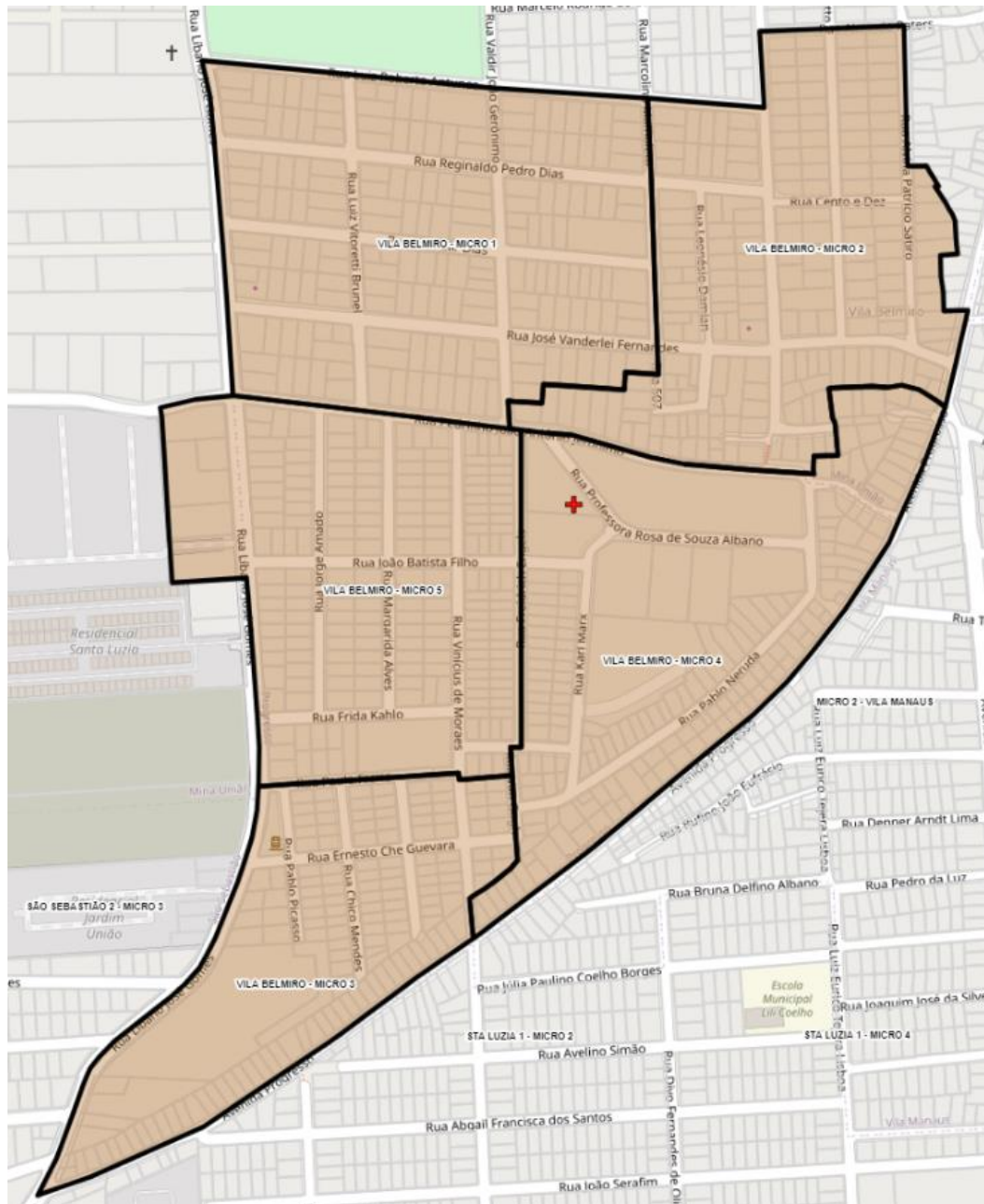
Número de microáreas: 08

População cadastrada: 6.365 (3.315 mulheres / 3.050 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 346

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 782

Figura 43 – UBS Vila Belmiro.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Vila Belmiro e Progresso

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

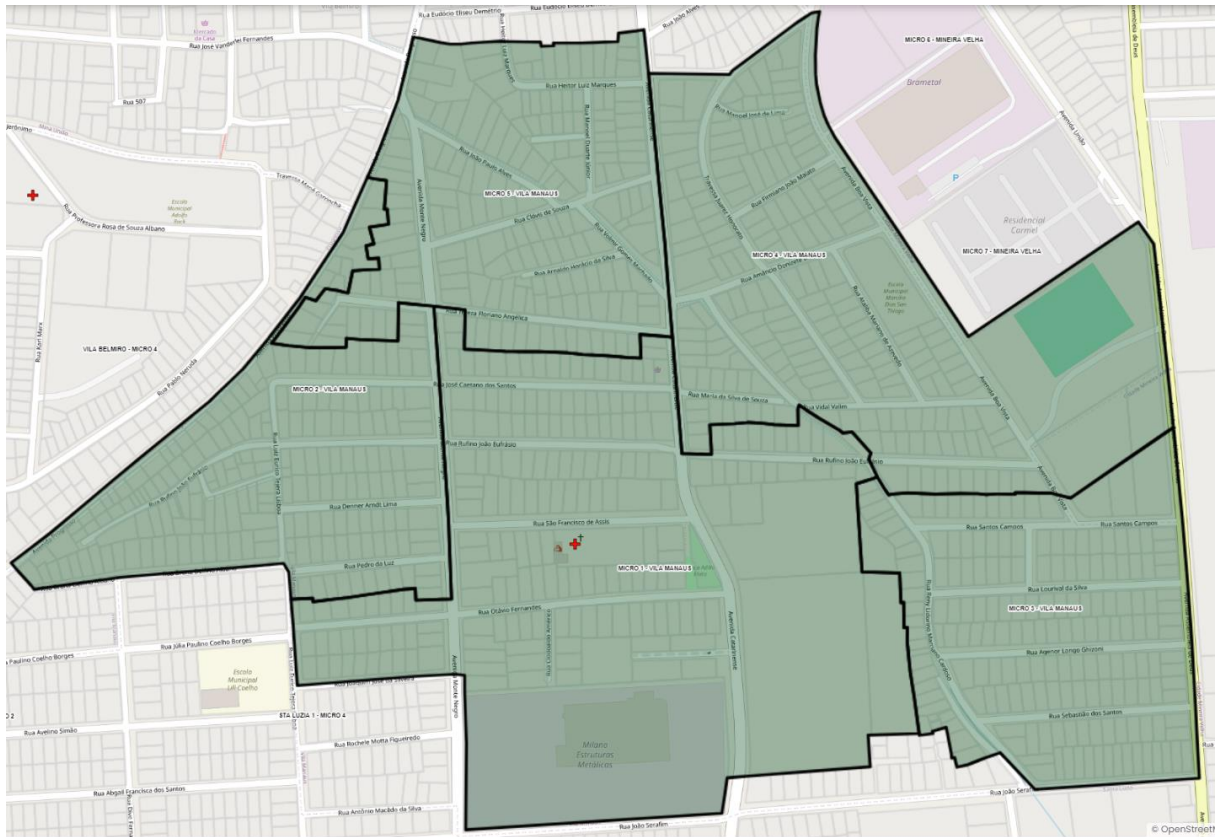
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 2.972 (1.566 mulheres / 1.406 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 264

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 494

Figura 44 – UBS Vila Manaus.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Vila Manaus

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

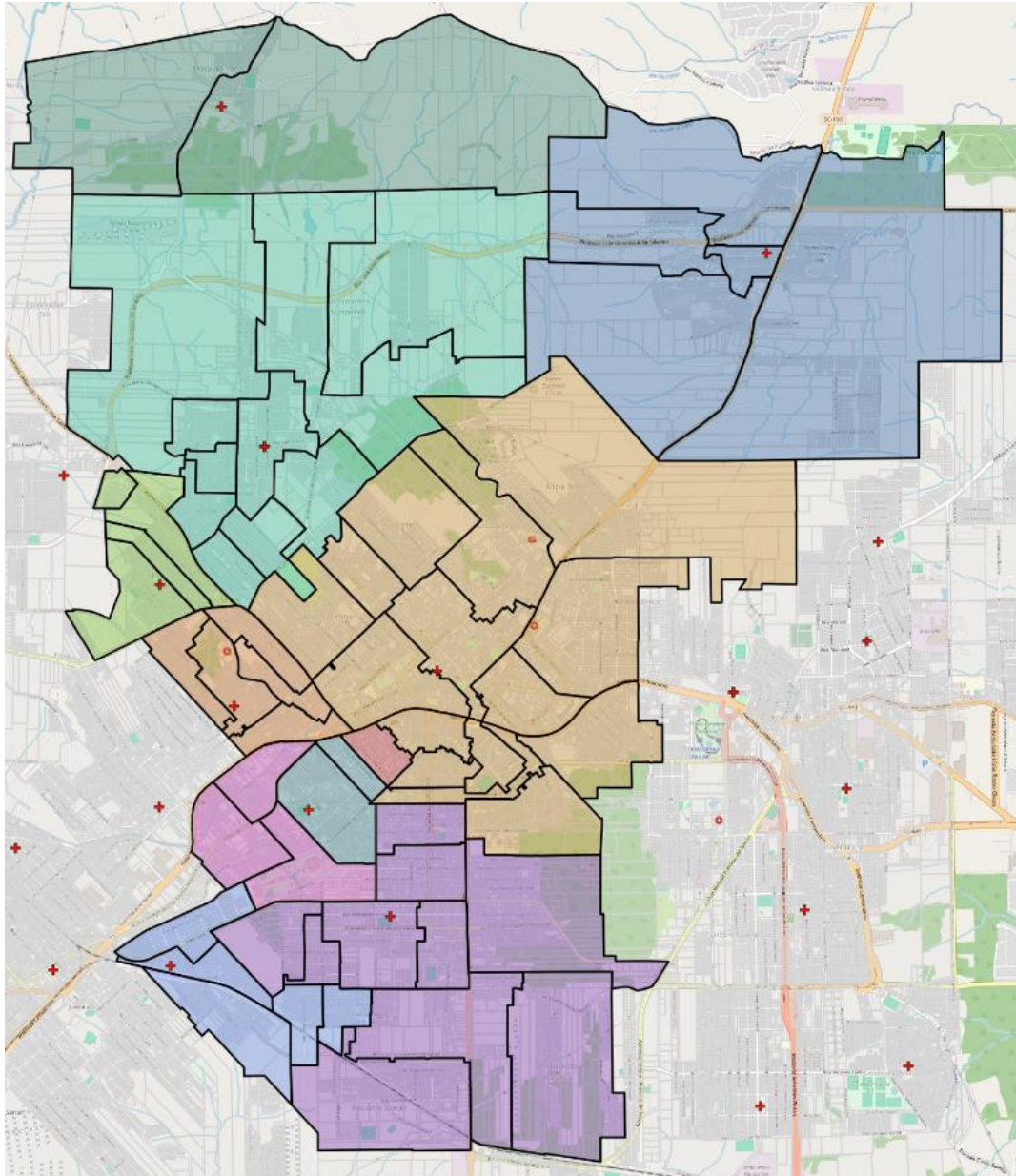
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 3.318 (1.715 mulheres / 1.603 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 200

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 528

Figura 45 – Distrito Sanitário Centro.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 09

Número de áreas: 09

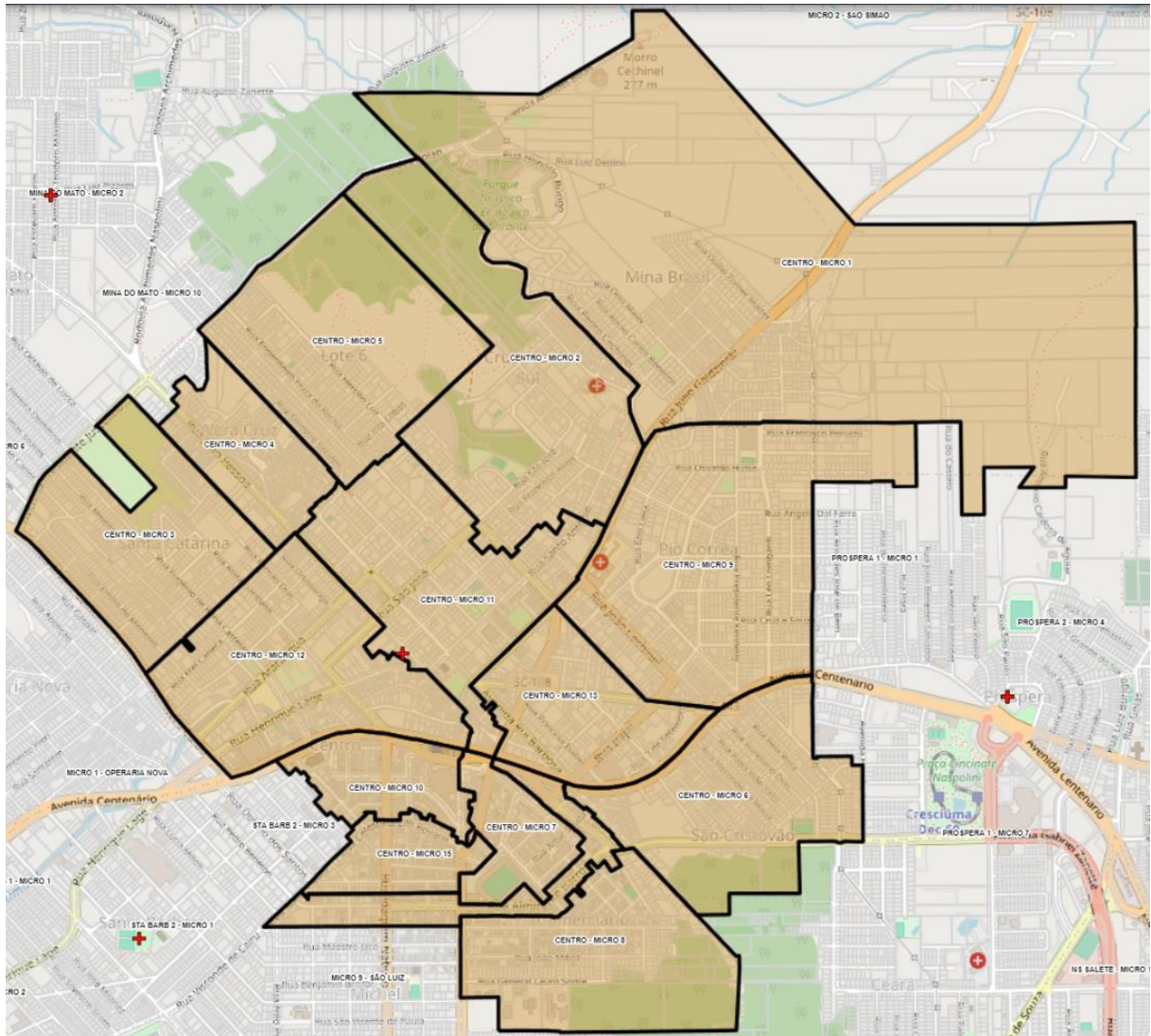
Número de microáreas: 63

População cadastrada (10/2024): 52.992 (28.188 mulheres / 24.408 homens)

Pessoas com diabetes mellitus (10/2024): 2.973

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica (10/2024): 7.228

Figura 46 – UBS Centro.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Centro, Comerciário, São Cristóvão, Vera Cruz, Lote 6, Mina Brasil, Cruzeiro do Sul e Pio Corrêa

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

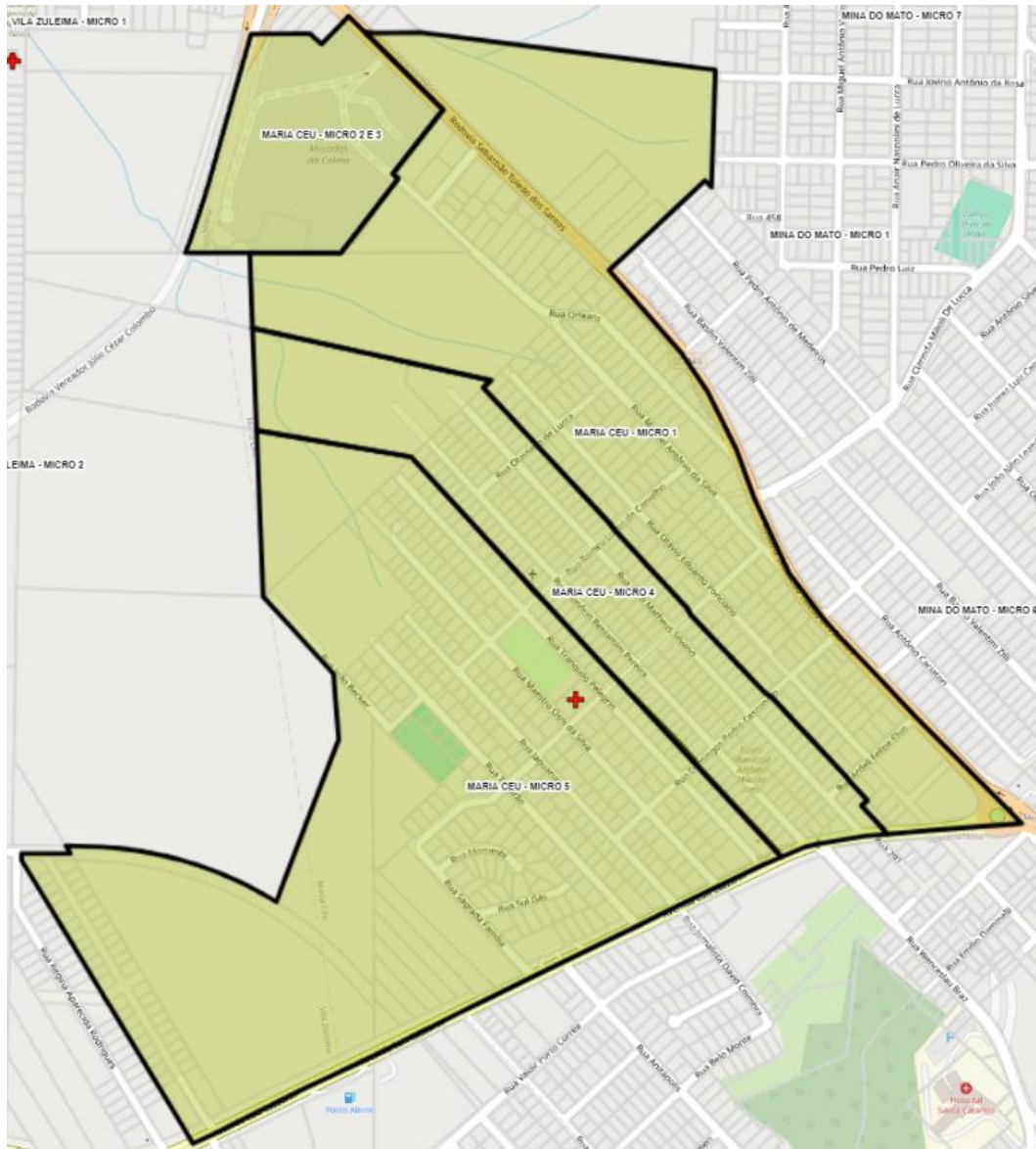
Número de microáreas: 15

População cadastrada: 17.088 (9.612 mulheres / 7.476 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 912

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 2.246

Figura 47 – UBS Maria Céu.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Maria Céu

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

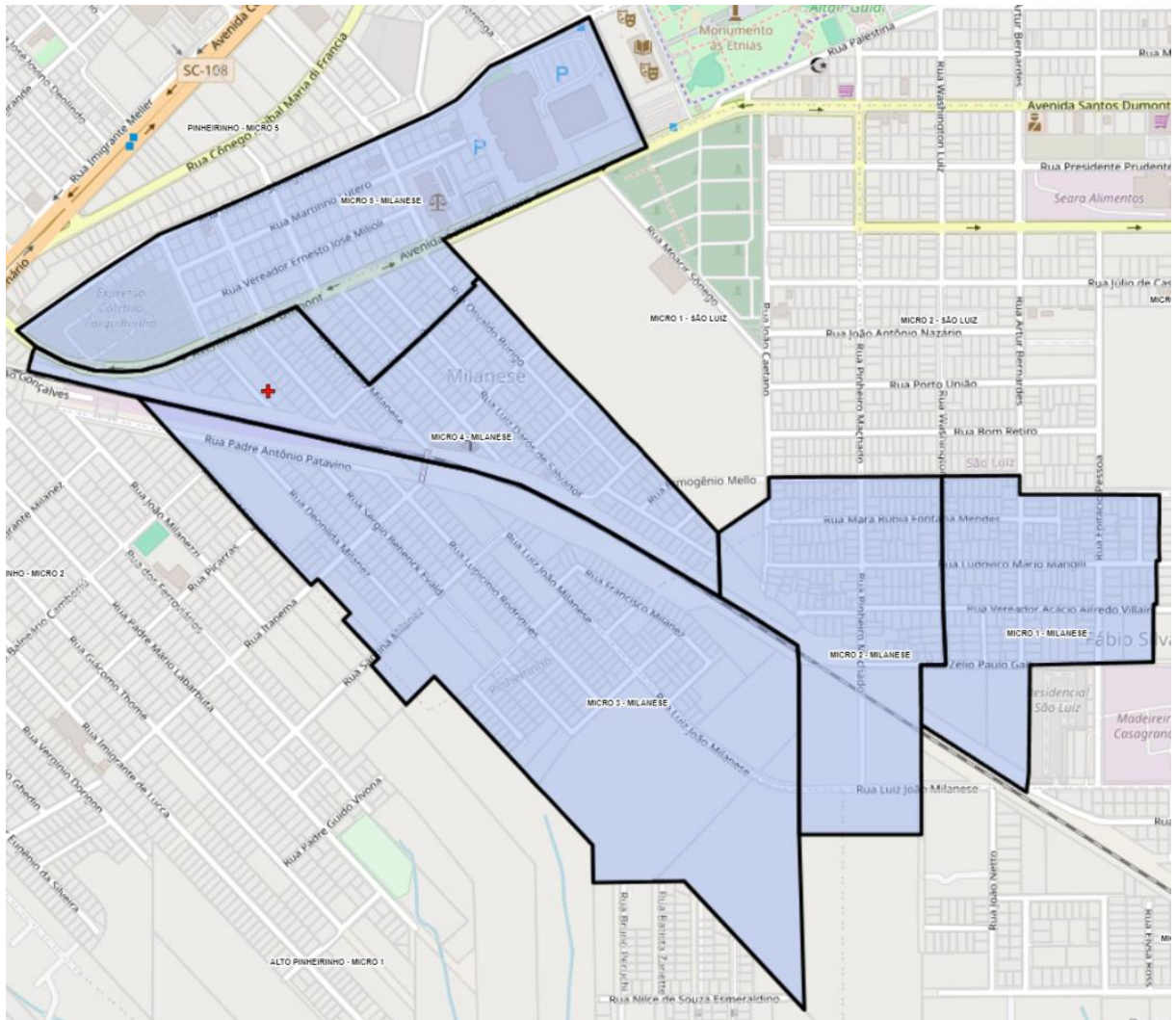
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 3.051 (1.648 mulheres / 1.403 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 190

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 414

Figura 48 – UBS Milanese.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Milanese, Pinheirinho e Fábio Silva

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

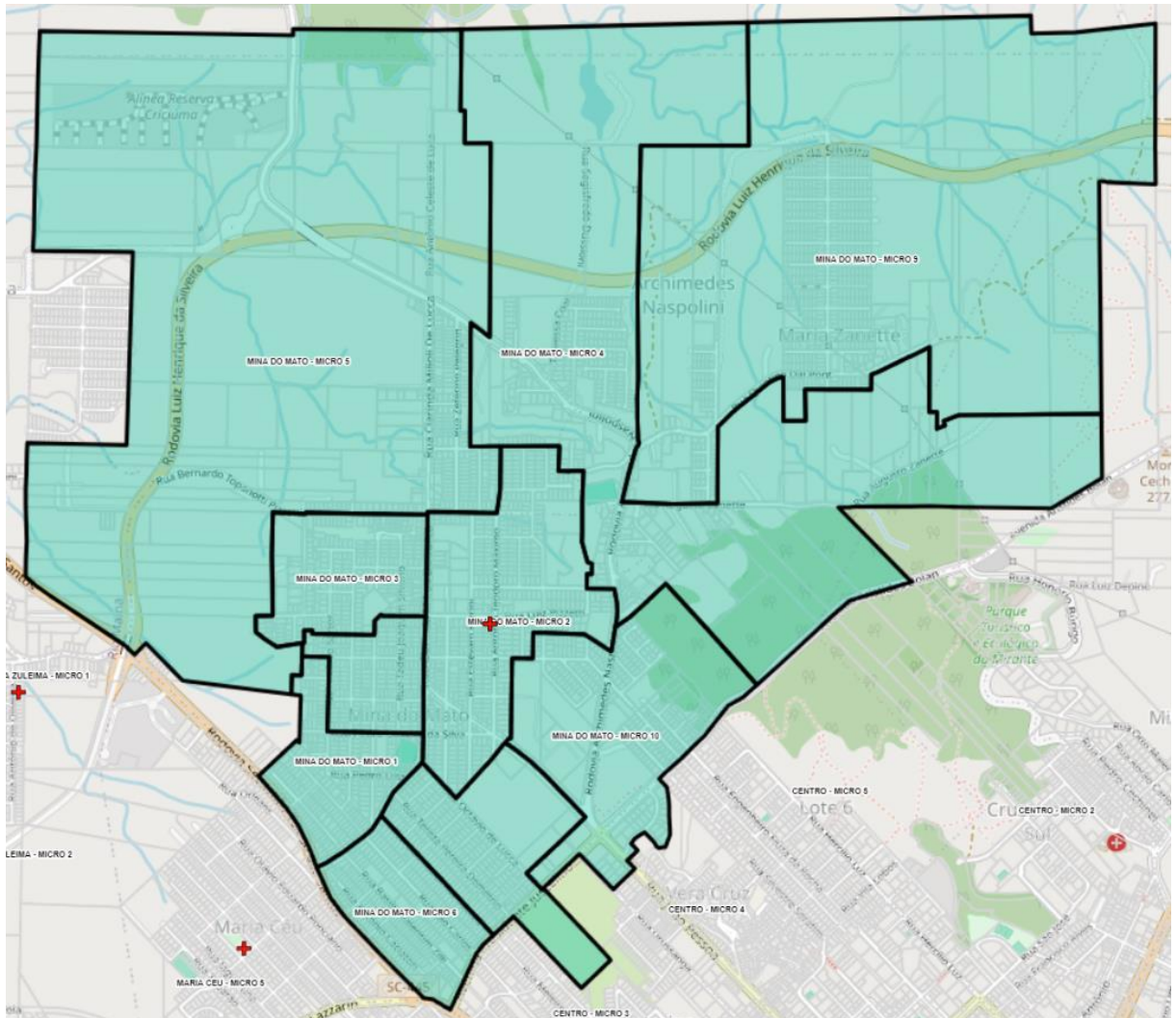
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 2.928 (1.538 mulheres / 1.390 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 195

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 446

Figura 49 – UBS Mina do Mato.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Mina do Mato e Archimedes Naspolini

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

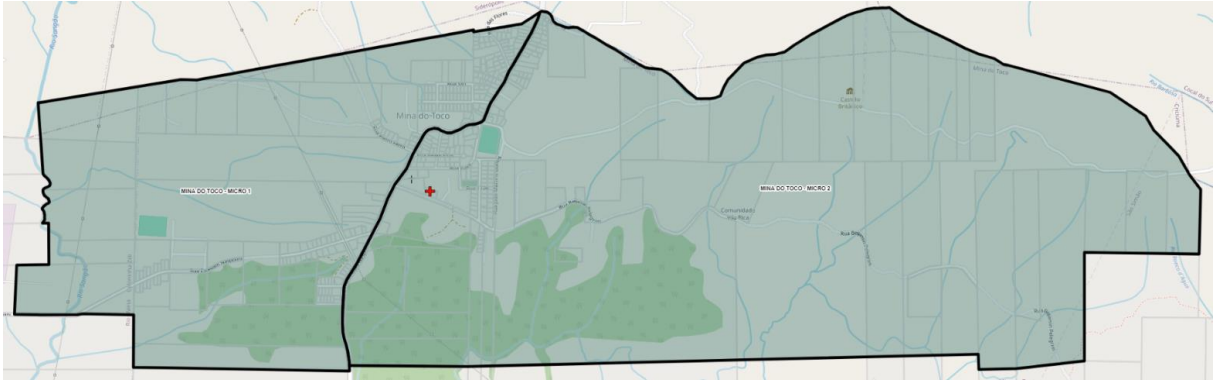
Número de microáreas: 10

População cadastrada: 5.623 (2.924 mulheres / 2.699 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 260

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 602

Figura 50 – UBS Mina do Toco.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Mina do Toco

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

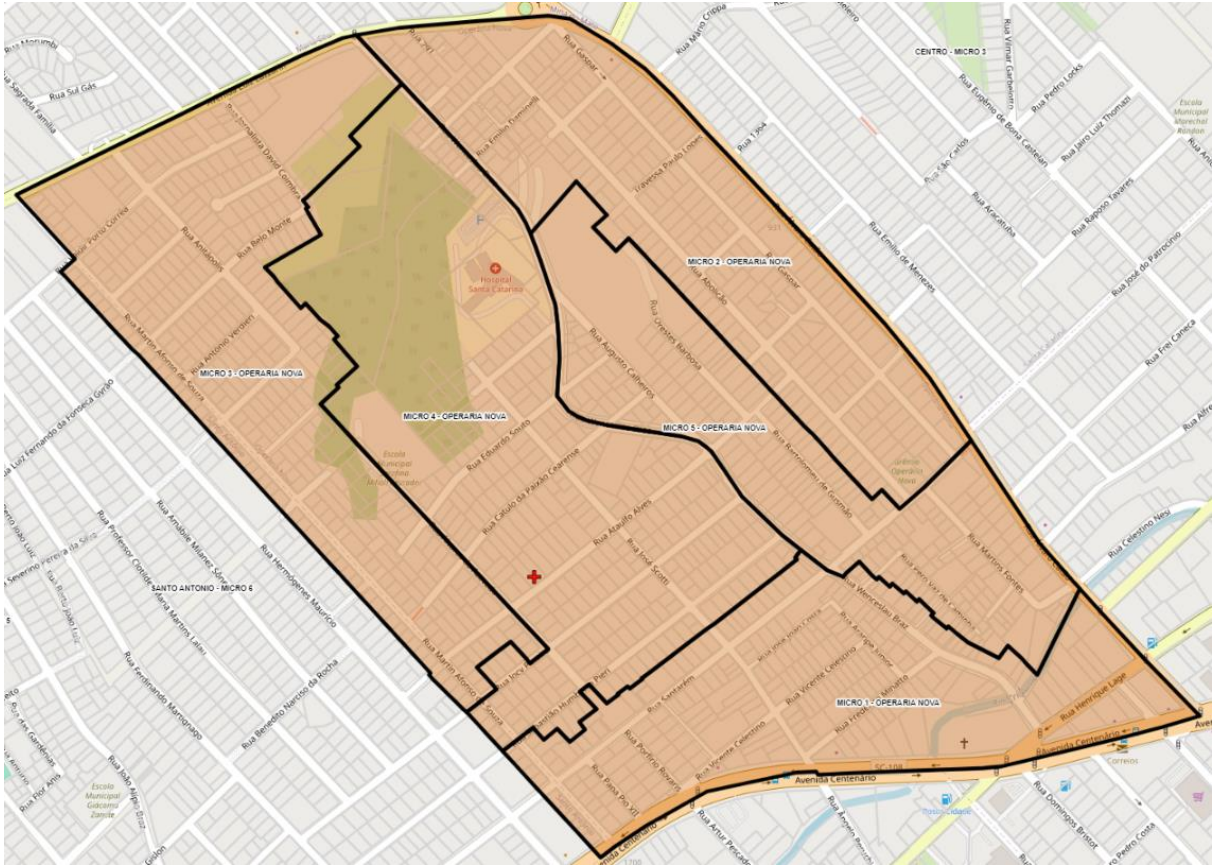
Número de microáreas: 02

População cadastrada: 1.425 (723 mulheres / 702 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 131

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 277

Figura 51 – UBS Operária Nova.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Operária Nova

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

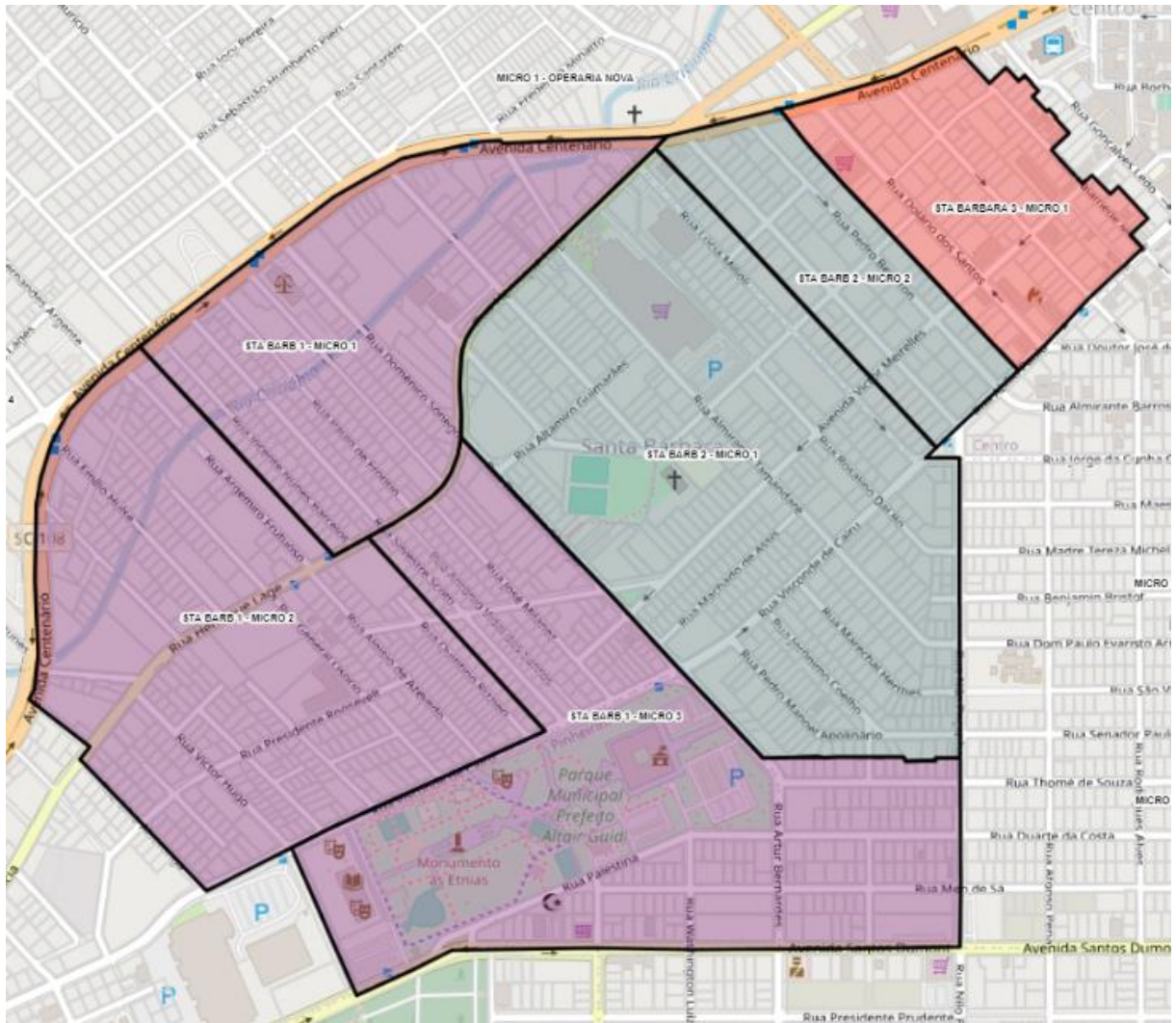
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 3.566 (1.847 mulheres / 1.719 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 229

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 579

Figura 52 – UBS Santa Bárbara.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Santa Bárbara e Centro

Número de Equipes de Saúde da Família: 03

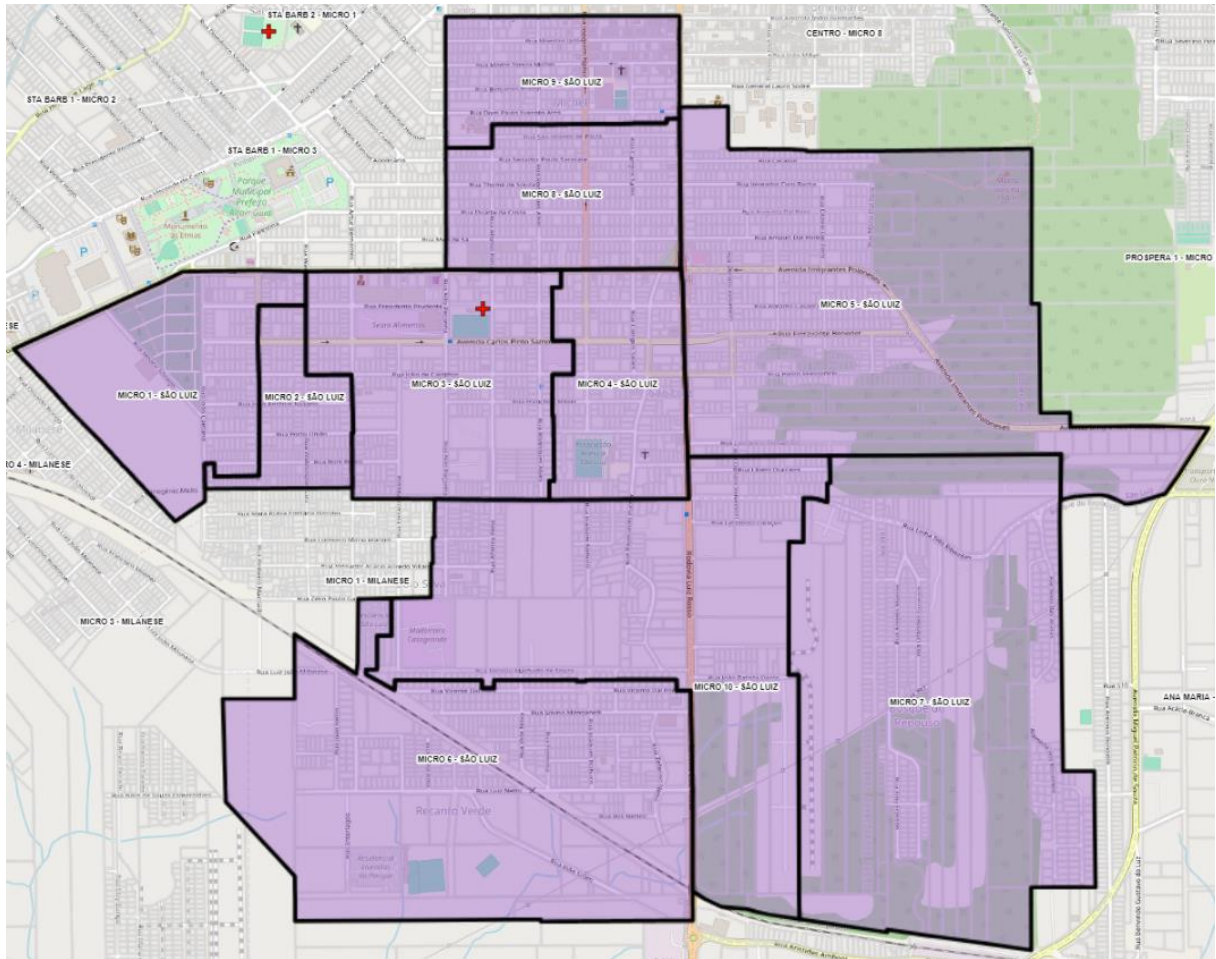
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 9.253 (5.088 mulheres / 4.165 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 496

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 1.324

Figura 53 – UBS São Luiz.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: São Luiz, Michel, Comerciário, Recanto Verde, Bosque do Repouso e Milanese

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

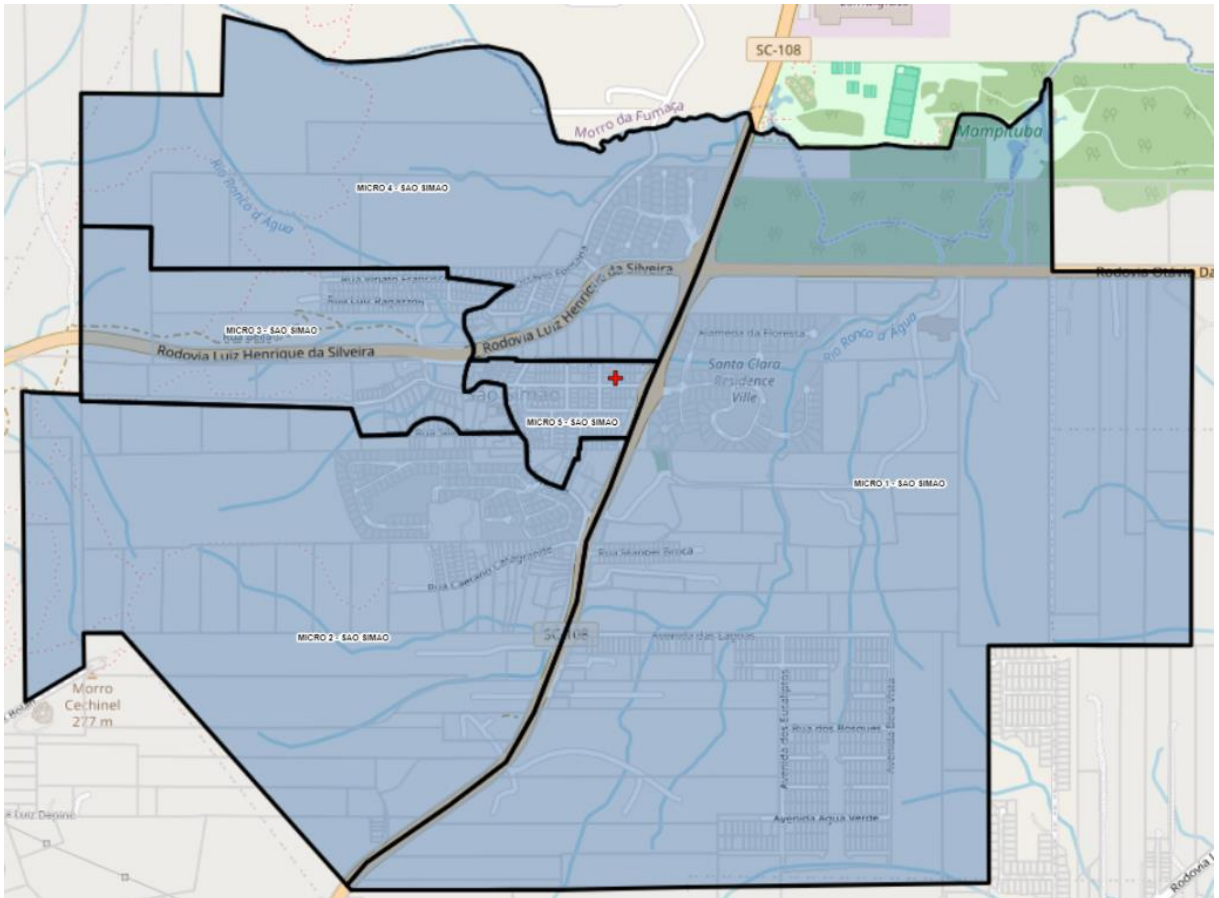
Número de microáreas: 10

População cadastrada: 7.804 (4.069 mulheres / 3.735 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 430

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 982

Figura 54 – UBS São Simão.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: São Simão

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

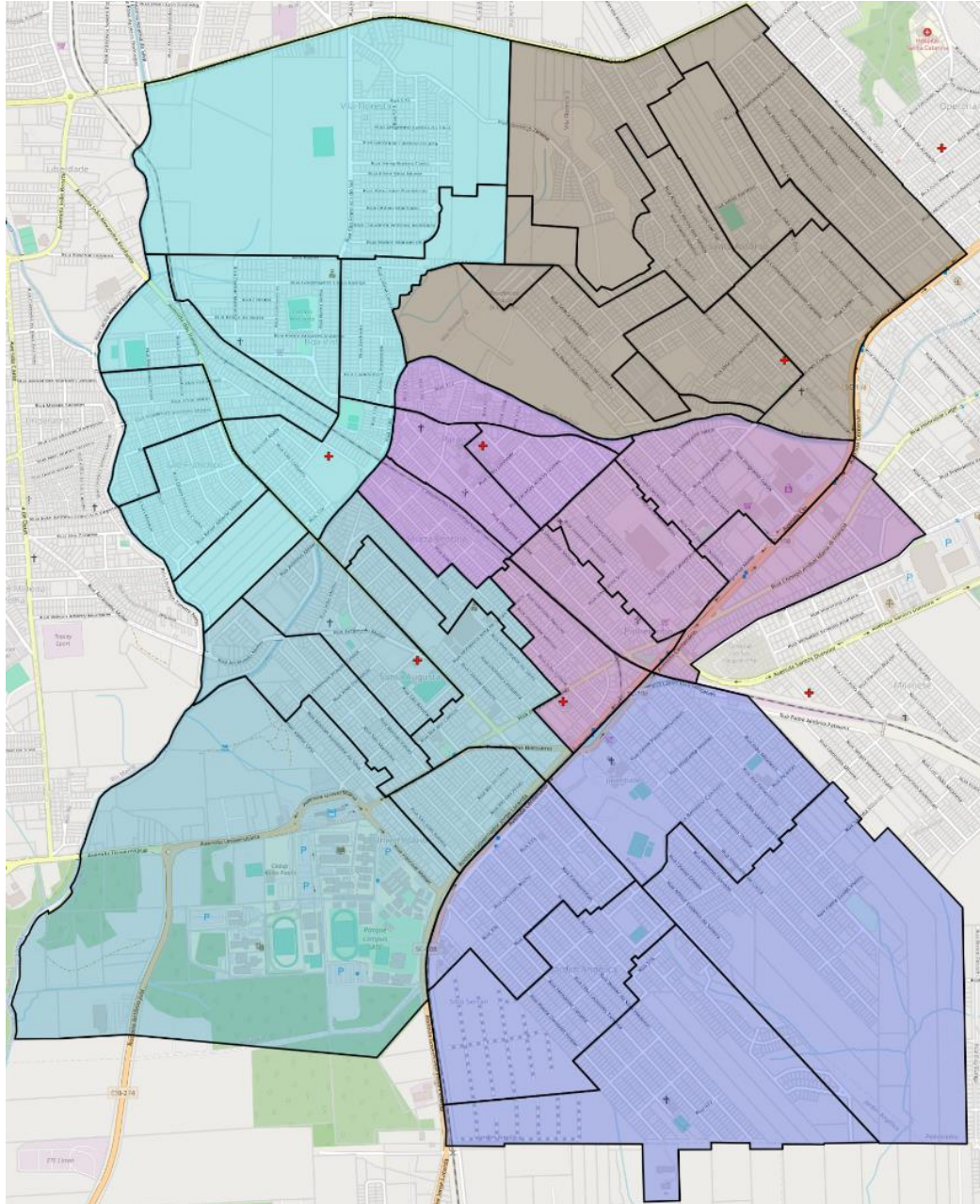
Número de microáreas: 05

População cadastrada: 2.254 (1.135 mulheres / 1.119 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 130

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 358

Figura 55 – Distrito Sanitário Boa Vista.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Número de Equipes de Saúde da Família: 06

Número de áreas: 06

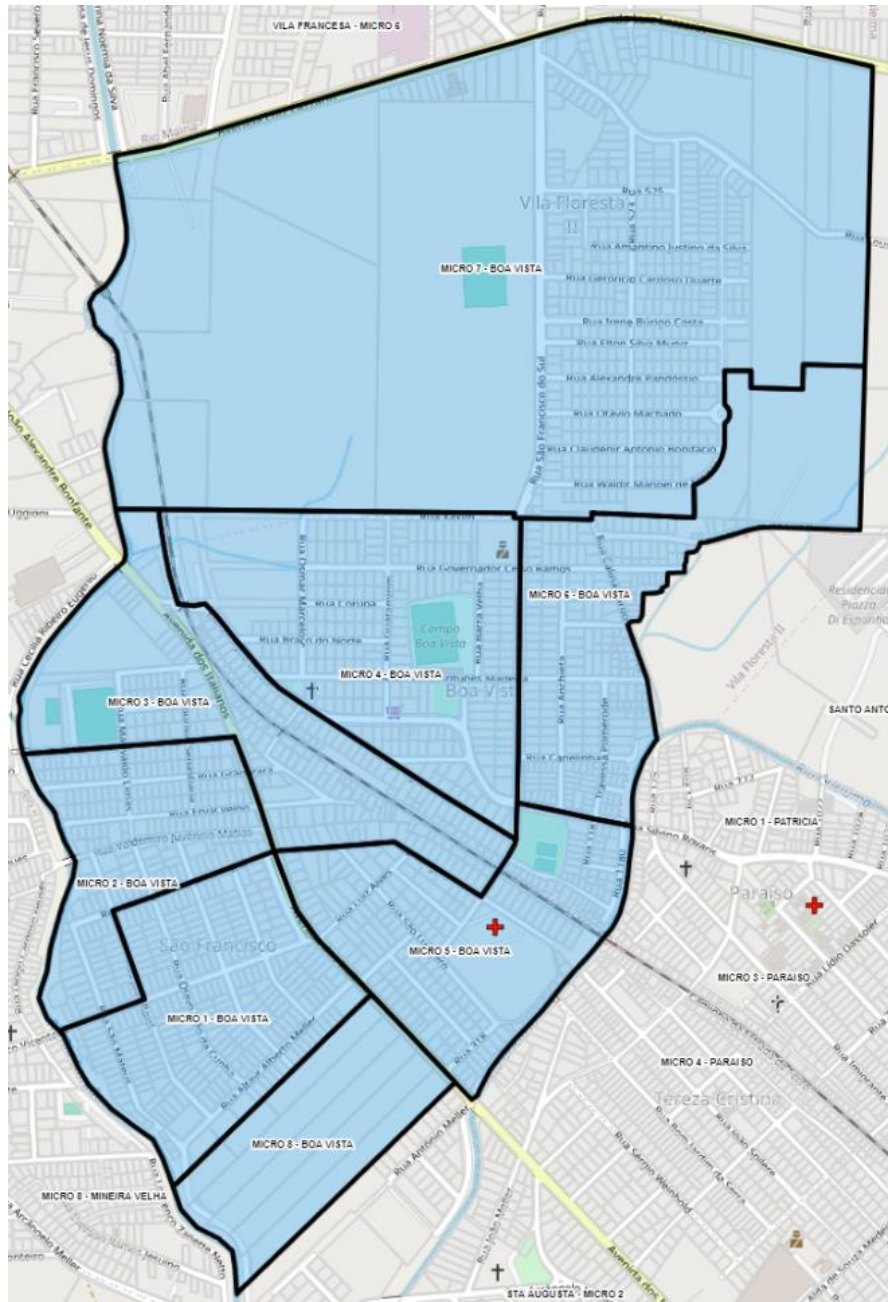
Número de microáreas: 37

População cadastrada: 24.884 (12.949 mulheres / 11.935 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 1.270

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 3.234

Figura 56 – UBS Boa Vista.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Boa Vista, Vila Floresta II e São Francisco

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

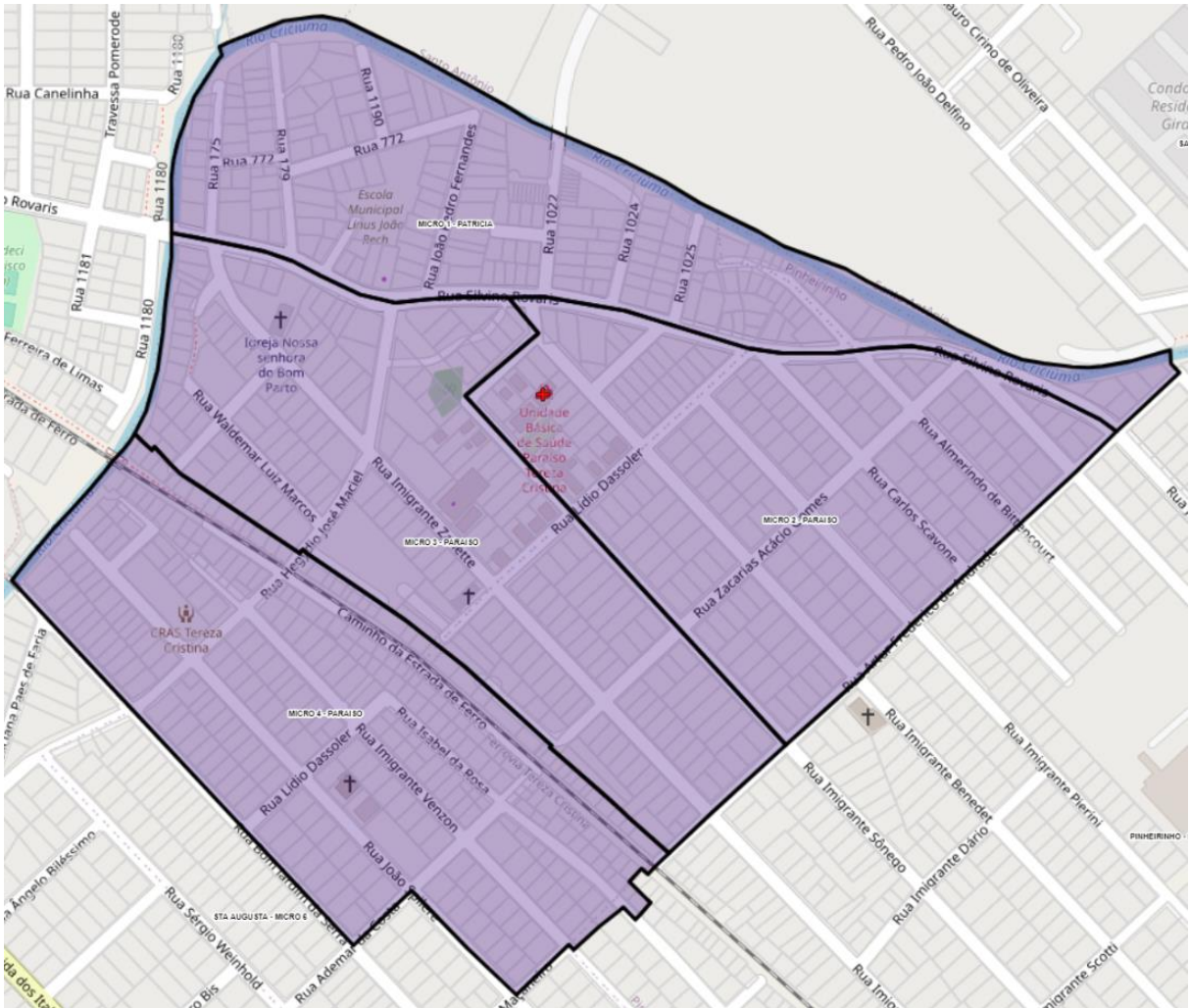
Número de microáreas: 08

População cadastrada: 5.202 (2.681 mulheres / 2.521 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 270

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 652

Figura 57 – UBS Paraíso.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Paraíso, Tereza Cristina e Pinheirinho

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

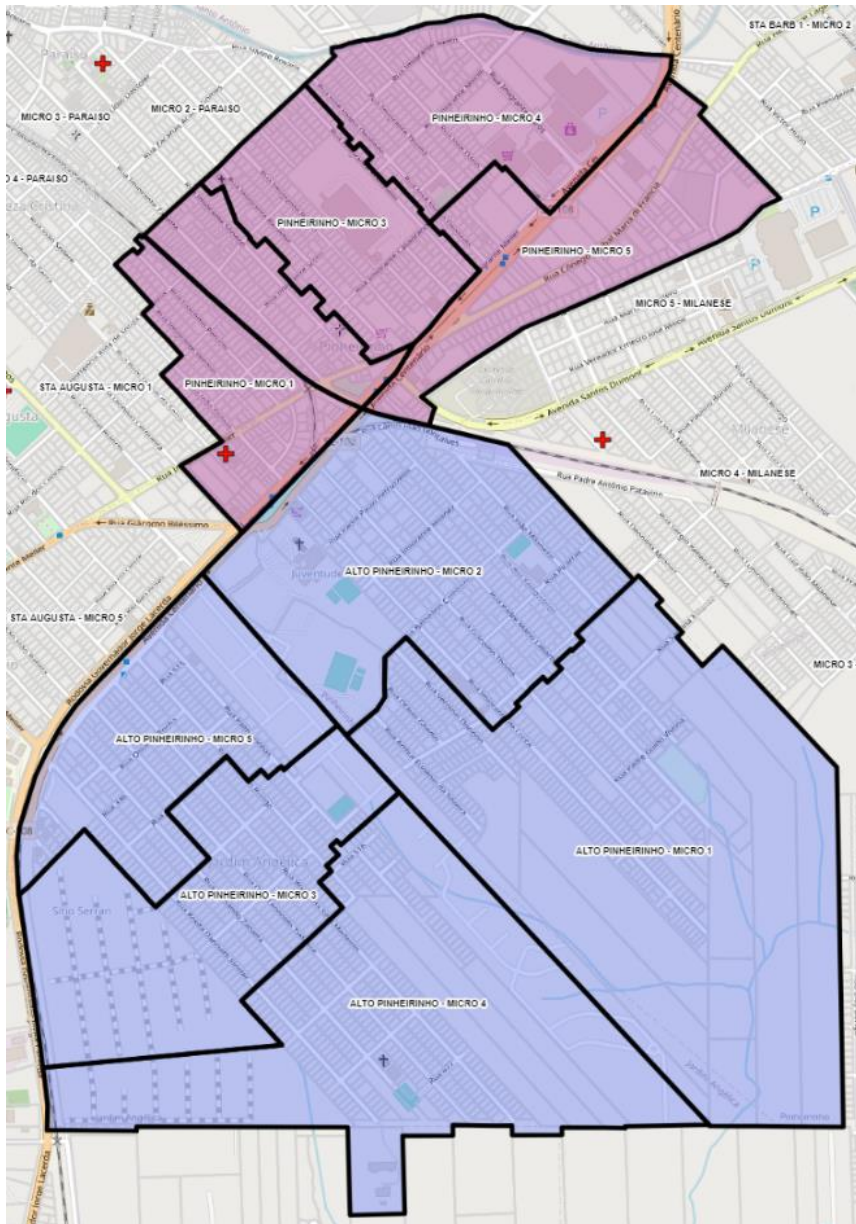
Número de microáreas: 04

População cadastrada: 2.647 (1.379 mulheres / 1.268 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 151

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 308

Figura 58 – UBS Pinheirinho.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Pinheirinho e Jardim Angélica

Número de Equipes de Saúde da Família: 02

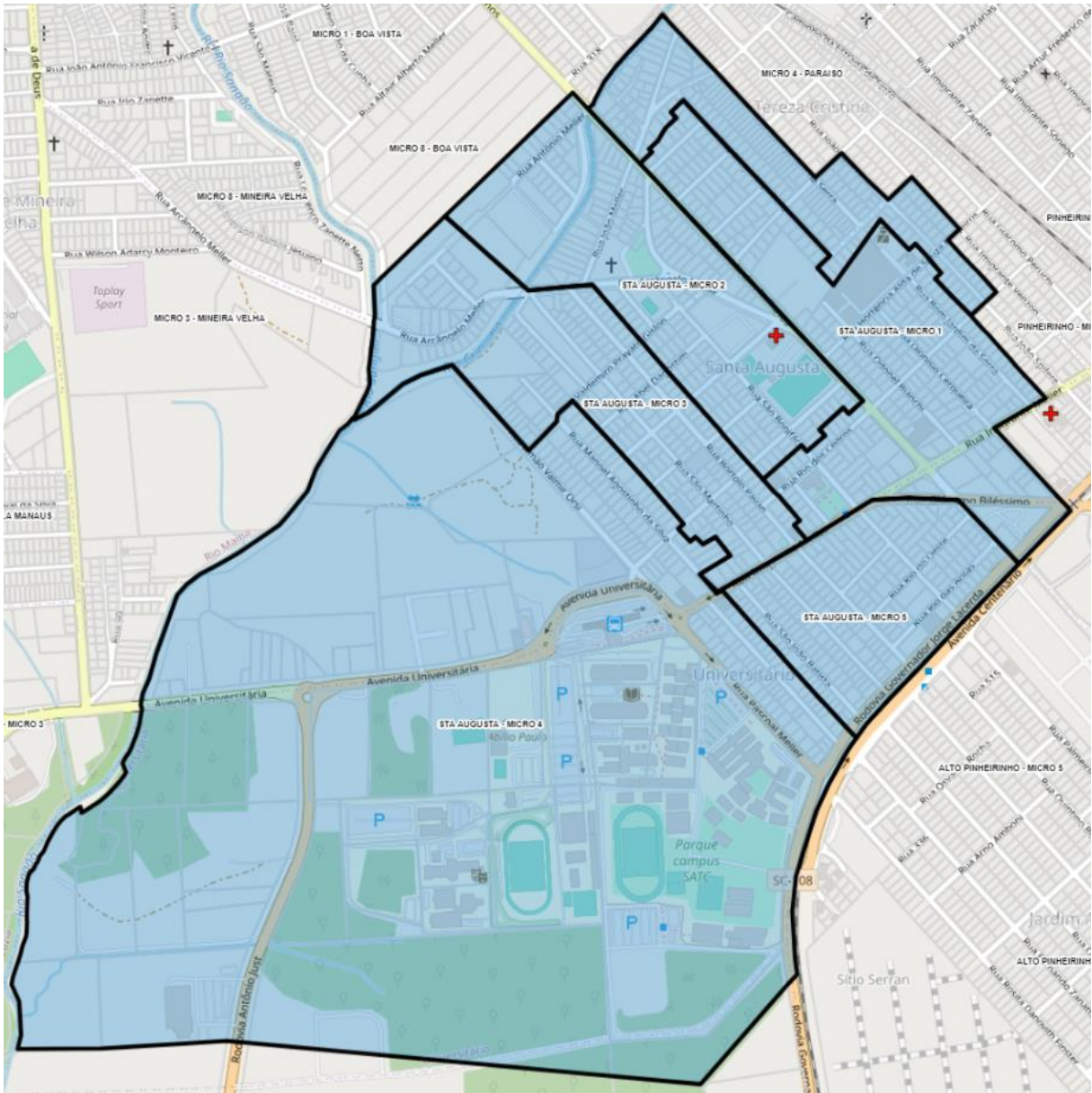
Número de microáreas: 10

População cadastrada: 7.135 (3.686 mulheres / 3.449 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 399

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 945

Figura 59 – UBS Santa Augusta.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairros: Santa Augusta e Universitário

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

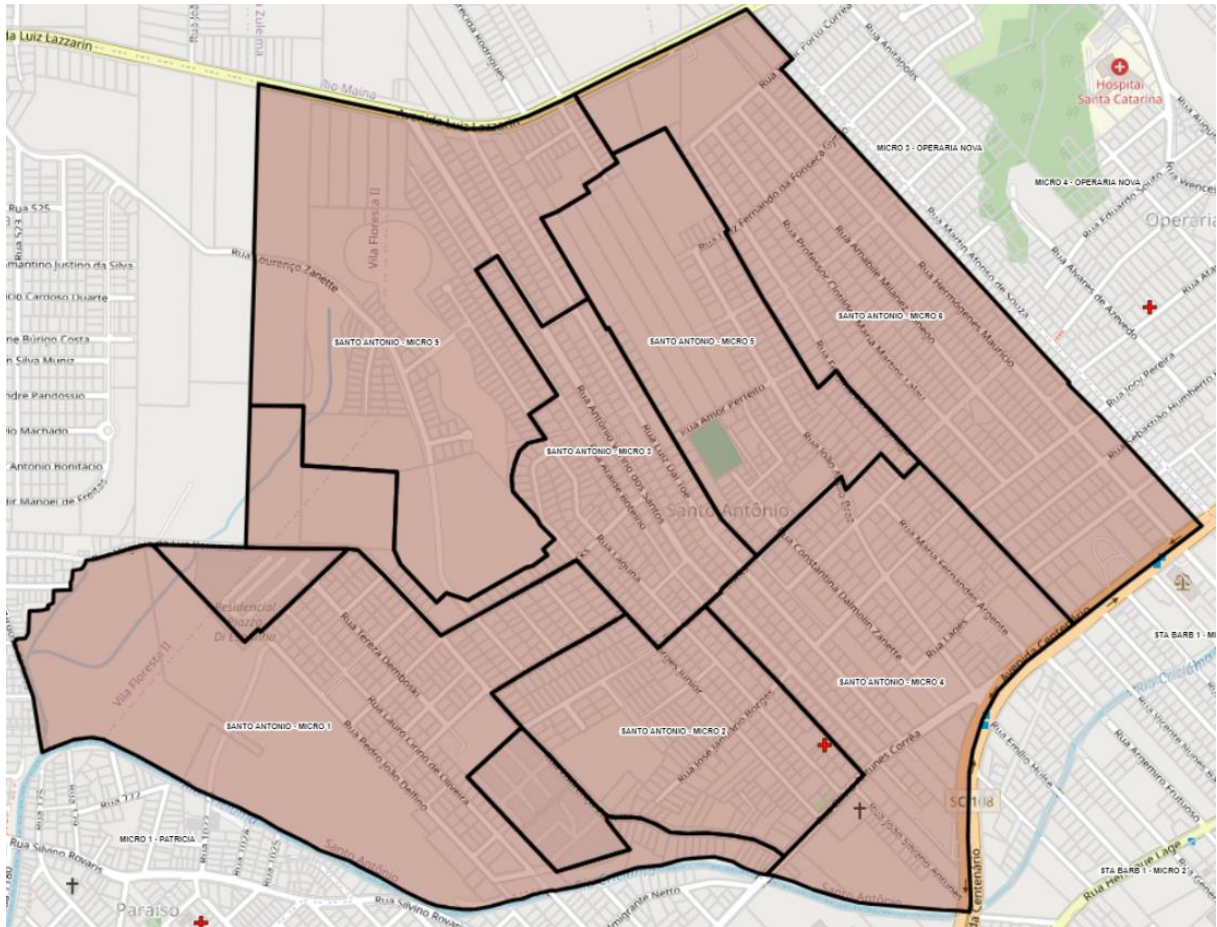
Número de microáreas: 06

População cadastrada: 4.554 (2.434 mulheres / 2.120 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 192

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 598

Figura 60 – UBS Santo Antônio.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Bairro: Santo Antônio

Número de Equipes de Saúde da Família: 01

Número de microáreas: 09

População cadastrada: 5.346 (2.769 mulheres / 2.577 homens)

Pessoas com diabetes mellitus: 258

Pessoas com hipertensão arterial sistêmica: 731

5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO

Após finalizado, uma cópia física de cada mapa foi enviada às UBS para que as equipes possam utilizá-lo em seus planejamentos e expô-lo à população a fim de que reconheçam o território atendido pela equipe.

O mapa digital ainda não foi disponibilizado para as equipes e população, sendo no momento apenas utilizado pela equipe gestora da SMS. A disponibilização

do mapa digital irá considerar dois formatos: o acesso da população, podendo verificar as delimitações territoriais de cada UBS, assim como o ACS responsável por cada área; e o acesso das equipes, com permissão para visualizar além dos territórios, as condicionantes de saúde disponíveis.

Foi desenvolvido material com imagens de todos os territórios para consulta rápida das equipes, disponibilizado em formato *pdf* via e-mail e em plataforma colaborativa utilizada pela SMS.

O produto estará em constante atualização, devido mudanças territoriais e a ampliação dos serviços de saúde disponibilizados pelo município. Além disso, a integração com outros sistemas através de APIs, irá permitir verificar não apenas dados epidemiológicos, mas informações sobre outros serviços desenvolvidos pela SMS, como por exemplo a regulação de acesso a atendimentos de média complexidade e aplicação de vacinas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapa territorial atualizado é uma ferramenta estratégica não apenas para a gestão municipal em saúde, mas também para as equipes que atuam nas UBS. O reconhecimento do território é o ponto de partida para o planejamento eficaz das ações em saúde, alinhando as intervenções com as reais necessidades da população. A divulgação do mapa digital para as equipes de saúde, além de facilitar o acesso, promove uma coordenação mais integrada e colaborativa entre os profissionais, otimizando os serviços prestados.

A aplicabilidade deste produto vai além da gestão operacional. No contexto da saúde coletiva, ele fortalece a capacidade de planejamento territorializado, essencial para a promoção de equidade no acesso aos serviços de saúde. A inovação do formato digital permite maior dinamismo, facilitando atualizações contínuas e a inclusão de novos dados em tempo real. Ao permitir o acesso da população ao mapa, este produto também incentiva o reconhecimento territorial pelos próprios cidadãos, promovendo a participação social e o empoderamento comunitário no cuidado à saúde.

Em sintonia com a nova Portaria de financiamento da APS, o processo de territorialização contínuo se torna ainda mais relevante, sendo fundamental sua inclusão como meta nos Planos Municipais de Saúde. Esse processo garante não apenas uma melhor organização dos recursos humanos e financeiros, mas também a captação eficiente de recursos federais, assegurando a sustentabilidade das ações em saúde.

Para ampliar ainda mais o impacto deste produto, é fundamental aprimorar a integração de dados entre os diferentes sistemas de gestão em saúde. O desenvolvimento de APIs e outras soluções que permitam a comunicação entre sistemas facilitará uma troca de informações mais eficiente, resultando em produtos mais completos e úteis para a gestão de saúde. Isso impulsionará inovações na maneira como os territórios são monitorados e administrados, promovendo maior precisão no planejamento e na execução das ações de saúde. Assim, esse produto tem o potencial de gerar mudanças significativas na organização dos serviços de saúde, contribuindo para uma gestão mais eficaz e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos à população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. R. DE. *et al.* Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 780–792, jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912210>

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3259–3268, out. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17722017>

BRASIL. **Ações para a Implementação do Programa Previne Brasil**: modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1402185/livro_saps_acoes_implementacao_programa_previne_brasil_2022.pdf. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_implantacao_estrategia_esus.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. 2023a.

Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria MS nº 1.886 de 18/12/1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. 1997. Disponível em: <<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=181515#:~:text=Aprova%20as%20Normas%20e%20Diretrizes,Programa%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.085, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. 2006c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html>. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. **Regionalização Solidária e Cooperativa** (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

CALISTRO, M. DE O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2141–2148, jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39402020>

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS TERRITORIAIS NA REDE PSICOSSOCIAL. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0023167, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-774te6-sol00231>

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta estabelecimento - identificação**. 2024. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

CRICIÚMA. **Plano Municipal de Saúde de Criciúma 2022-2025**. 2021. Disponível em: <<https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/6413526e31c76-plano-municipal-2022-2025-finalizado.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

FARIA, R. M. DE. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>

GOLDSTEIN, R. A. *et al.* A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 45–56, jan. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

MENESES, M. DE O. *et al.* PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 26, n. 2, p. 33-37, Mar – Mai 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações e Gestão da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura - APS**. 2023. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>>. Acesso em 03 mar. 2024.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Sistemas de informação geográfica em saúde: conceitos básicos**. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39908/T%C3%A9cnico%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20v.2%20-%20Sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%B5es%20geogr%C3%A1ficas.pdf?squence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 mar. 2024.

PINA, M. F. R. P. Potencialidades dos Sistemas de Informações Geográficas na Área da Saúde. In: NAJAR, A. L.; MARQUES, E.C. (Org.). **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 125-133. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/wjkcx/pdf/najar-9788575412954-08.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2024.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

SANTOS, L. P. R. DOS. *et al.* e-SUS AB na cidade do Rio de Janeiro: projeto e implantação do sistema de informação em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. spe, p. 199–204, 2021. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010232>

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico]** / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiúscia Graziela Pereira. Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 7.043.737 **CAAE:** 82451424.6.0000.0119


Pesquisador(a) Responsável: Antônio Augusto Schafer

Pesquisador(a): LUARA APARECIDA POTTRATZ ALVES DE SOUSA

Título: TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de agosto 2024.


Marco Antônio da Silva
 Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h