



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba - Faculdade de Odontologia



LÍLIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA

**Territorialização como um projeto em construção: uso do georreferenciamento
na atenção primária à saúde**

Araçatuba - SP
2024

LÍLIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA

**Territorialização como um projeto em construção: uso do georreferenciamento
na atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista (UNESP), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Nemre Adas Saliba

Co-orientadora: Profa. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz

Araçatuba - SP
2024

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

S587t Silveira, LÍlian de Oliveira.
Territorialização como um projeto em construção : análise
de uma proposta para a atenção primária à saúde / LÍlian de Oli-
veira Silveira. - Araçatuba, 2024
103 f. : il. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba
Orientadora: Profa. Nemre Adas Saliba
Coorientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Mapeamento geográfico 2. Atenção primária à saúde
3. Desenvolvimento sustentável 4. Vigilância em saúde pública
I. T.

Black D5
CDD 617.601

**Dedico esta Dissertação a
Luiz Cláudio da Silva e Gilma
Jorge Oliveira Moreira, cujos
ensinamentos permanecerão
eternamente em meu
coração.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e cuidar de todos os meus passos, a Ele toda honra, glória e louvor.

Aos meus pais, Miriam e Marcos, por compartilharem meus sonhos comigo. Vocês são meu exemplo e o abraço mais apertado, meu refúgio de amor.

Aos meus amados irmãos, Rafael e Matheus, pela amizade e pelo apoio incondicional durante todo o processo.

À minha querida cunhada Isabela, pelo carinho e pela escuta.

Aos meus queridos tios, tia Geusa e tio Jon Showers, agradeço pelo carinho e pelo amor dedicado. Seus conselhos foram fundamentais para fortalecer-me no caminho.

Aos meus queridos tios, Leninha e Ênio pelo apoio e amor.

A Flávia, Hellen, Sara, Camila por serem as melhores pessoas com quem eu poderia compartilhar a minha vida.

Aos meus tios, tias e primos, por todo o apoio e por celebrarem comigo cada conquista.

A Bruna e demais amigos, que foram uma fonte constante de incentivo, sou grata por tê-los ao meu lado.

À minha orientadora, Professora Dra. Nemre Adas Saliba, sinto-me honrada em ser sua orientanda. A senhora é uma grande inspiração. Minha gratidão por trilhar esse caminho comigo. Tenho grande respeito pela sua dedicação e pela do professor Orlando Saliba na promoção do desenvolvimento da pesquisa no Brasil.

À minha querida co-orientadora, professora Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz, agradeço sinceramente pela oportunidade de acompanhá-la nesta jornada. Sua paciência, seu carinho e sua dedicação ao ensinar são admiráveis. Sua sabedoria e sua sensibilidade ao exercer a docência são inspiradoras. Agradeço por todas as oportunidades.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FOA-UNESP, professora titular Dra. Tânia Adas Saliba, pela dedicação, pelo esforço e pelo amor a todos e ao Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora.

À Direção da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, representada pelo Diretor Alberto Carlos Botazzo Delbem e pelo Vice-Diretor Luciano Tavares Ângelo, agradeço pelo suporte constante e pela liderança exemplar.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação de Saúde em Odontologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP) pelo suporte e auxílio durante a jornada acadêmica.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Odontologia, que ampliaram nosso conhecimento e contribuíram significativamente para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Fernando Yamamoto Chiba, por sua generosidade em nos apoiar, dedicando seu tempo e paciência nos extra-muros e para nossos projetos.

Ao Prof. Ronald Jefferson Martins, agradeço pelos valiosos ensinamentos e dedicação constante.

Ao Nilton César Souza, pelo auxílio, amizade e pela prontidão em ajudar em todas as necessidades cotidianas.

Aos funcionários da Biblioteca, especialmente a Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti, por sua disponibilidade constante e atenção sempre presentes.

Aos funcionários da seção de pós-graduação, pela paciência e pelo cuidado nas elucidações prestadas.

A Jéssica Ferraz, Mariana e enfermeira Suéllen, obrigada por abrirem as portas da Unidade para mim com tanto carinho. À toda equipe da USF Valongo, vocês são minha família, obrigada por me receberem com tanto amor e por toda ajuda. Vocês estão no meu coração.

Aos agentes comunitários de saúde, grades amigos, pela parceria e todo o aprendizado.

À equipe de saúde bucal da USF Valongo pela grande amizade. Vocês estão no meu coração.

Ao Wagner Martins e IBGE por toda a orientação.

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, pelo financiamento durante o mestrado, fomentando e apoiando esse estudo.

**“O conhecimento é uma obra
coletiva”**

Wrana Panizzi

RESUMO GERAL

SILVEIRA, L. O. **Territorialização como um projeto em construção: o uso do georreferenciamento na atenção primária à saúde** subtítulo. 2024. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2024.

A Agenda Global 2030 do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável da ONU estabelece metas voltadas ao combate dos agravos em populações historicamente vulneráveis, buscando reduzir as desigualdades em saúde, e nesse sentido a regionalização dos serviços, tendo a territorialização como estratégia. O objetivo do estudo foi analisar o processo de territorialização por meio do georreferenciamento, bem como a distribuição espacial e espaço-temporal de agravos incluídos na agenda 2030 da ONU, bem como analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a agenda. Trata-se de um estudo longitudinal onde foram elaborados mapas de incidência das doenças encontradas no território a partir das notificações compulsórias entre os anos de 2020 e 2023. Também foram aplicados questionários nos profissionais de saúde da Atenção Primária para autoavaliação e monitoramento das equipes de saúde em relação à gestão do cuidado no combate aos agravos analisados. Posteriormente, foi realizada uma análise do discurso com cirurgiões-dentistas, inserida em um estudo quanti-qualitativo. No período, houve aumento da incidência de casos de dengue/chikungunya, raiva, HIV, hepatite e tuberculose. Há lacunas no conhecimento das equipes de saúde sobre a agenda global e identificaram dificuldades de adesão por parte da equipe de saúde bucal. Conclui-se que georreferenciamento mostrou-se uma ferramenta eficiente para o processo de territorialização, bem como para integrar dados e identificar territórios com maior probabilidade de adoecimento. Os profissionais de saúde tem percepção positiva sobre o monitoramento dos agravos, mesmo tendo poucos conhecimentos em relação a agenda 2030. No entanto, os cirurgiões-dentistas apontam o cuidado fragmentado e alta demanda dos atendimentos como fatores dificultadores para o alinhamento com as metas da equipe mínima.

Palavras-chave: mapeamento geográfico; atenção primária à saúde; desenvolvimento sustentável; vigilância em saúde pública.

GENERAL ABSTRACT

SILVEIRA L. O. **Territorialization as a project under construction: the use of georeferencing in primary health care. 2024.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2024.

The UN Sustainable Development Goals 2030 Global Agenda establishes distinct goals for combating diseases in historically vulnerable populations, seeking to reduce health inequalities, and in this sense the regionalization of services, with territorialization as a strategy. The objective of the study was to analyze the territorialization process through georeferencing, as well as the spatial and spatiotemporal distribution of diseases included in the UN 2030 agenda, as well as to analyze the perception of health professionals about the agenda. This is a longitudinal study in which maps of the incidence of diseases found in the territory were prepared based on compulsory notifications between 2020 and 2023. Questionnaires were also applied to primary care health professionals for self-assessment and monitoring of health teams in relation to the management of care in combating the diseases analyzed. Subsequently, a discourse analysis was carried out with dentists, inserted into a quantitative-qualitative study. During this period, there was an increase in cases of dengue/chikungunya, rabies, HIV, hepatitis and tuberculosis. There are gaps in the knowledge of health teams about the global agenda and difficulties in adherence by the oral health team were identified. It is concluded that georeferencing proved to be an efficient tool for the territorialization process, as well as for integrating data and identifying territories with a greater probability of illness. Health professionals have a positive perception about the monitoring of diseases, even though they have little knowledge about the 2030 agenda. However, dentists point out fragmented care and high demand for services as factors that hinder alignment with the goals of the minimum team.

Keywords: geographic mapping; primary health care; sustainable development; public health surveillance.

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1- Área de abrangência da Unidade de Saúde	43
Figura 2- Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2020	44
Figura 3- Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2021	45
Figura 4- Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2022	46
Figura 5- Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2023	47
Figura 6- Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2020	48
Figura 7- Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2021	49
Figura 8- Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2022	50
Figura 9- Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2023	51
Figura 10- Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2020	52
Figura 11- Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2021	53
Figura 12- Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2022	54
Figura 13- Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2023	55
Figura 14- Mapa de área de estudos por setores censitários da Área 1	56
Figura 15- Mapa de área de estudos por setores censitários da Área 2	57
Figura 16- Mapa de área de estudos por setores censitários da Área 3	58
Figura 17- Mapa de área de estudos por setores censitários	59

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1 -	Graus de risco familiar de acordo com o escore final	41
Tabela 2 -	Georreferenciamento de pontos do território pertencente à USF	60
Tabela 3 -	Estratificação de risco familiar conforma a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004)	61
Tabela 4 -	Vulnerabilidade social das famílias dos territórios pertencentes à USF por equipe Santos – SP	62

Capítulo 2

Tabela 1-	Distribuição absoluta e percentual das respostas dos profissionais da saúde sobre a Agenda 2030	75
Tabela 2-	Análise de associação entre as variáveis “idade, tempo de atuação profissional e tempo de atuação na Unidade de Saúde” em um serviço de APS de Santos, São Paulo, Brasil	78

LISTA DE QUADROS

Introdução Geral

Quadro 1 -	Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030	19
Quadro 2 -	Revisão de Literatura sobre a atuação da Atenção Primária na Agenda 2030	29

Capítulo 1

Quadro1-	Quadro de população e taxa de ocorrência para período de análise	60
----------	--	----

Capítulo 2

Gráfico 1 -	Distribuição percentual segundo a percepção dos profissionais sobre os processos organizacionais da Atenção Primária em relação a Agenda 2030- questão 1. Santos, Brasil. 2023	79
Gráfico 2 -	Distribuição percentual sobre o conhecimento das equipes de saúde sobre a Agenda 2030. Santos, Brasil. 2023	80
Gráfico 3 -	Distribuição percentual segundo a percepção dos profissionais sobre os processos organizacionais da Atenção Primária em relação a Agenda 2030, de acordo com o questionário aplicado. Santos, Brasil. 2023	80
Gráfico 4 -	Distribuição absoluta do tempo e atuação dos profissionais na Unidade de Saúde. Santos, Brasil. 2023	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CD	Cirurgião-dentista
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
DTN-QP	Quimioterapia Preventiva para Doenças Tropicais Negligenciadas
e-SUS	Estratégia de informatização da Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISATE	Indicador de saúde do território
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RoC	República do Congo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistema de Informações Geográficas
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
4	METODOLOGIA EXPANDIDA	32
5	CAPÍTULO 1 – O USO DO GEORREFRENCIAMENTO NA ANÁLISE SITUACIONAL DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: UMA ESTUDO LONGITUDINAL	36
5.1	Resumo	36
5.2	Abstract	36
5.3	Introdução	37
5.4	Material e Métodos	39
5.5	Resultados	43
5.6	Discussão	63
5.7	Conclusão	66
5.8	Referências	67
6	CAPÍTULO 2 – COMPARTILHANDO A GESTÃO: AUTOAVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À AGENDA 2030- UM ESTUDO TRANSVERSAL	72
6.1	Resumo	72
6.2	Abstract	72
6.3	Introdução	73
6.4	Metodologia	75
6.5	Resultados	77
6.6	Discussão	87
6.7	Conclusão	94
6.8	Referências	94
7	CONCLUSÃO GERAL	101
	APÊNDICES	102

1 INTRODUÇÃO GERAL*

A atenção primária à saúde compõe o primeiro nível do cuidado e consiste em um conjunto de ações de aspecto individual e coletivo englobando, em sua organização, prevenção e promoção da saúde¹. Como ordenadora do cuidado, a Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental em ser porta de entrada do sistema de saúde, sendo responsável por garantir acesso e identificar de forma precoce os riscos, articulando cuidados em todos os níveis de atenção dentro da Rede de Atenção². A expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), através da descentralização dos serviços, fortalece a vigilância na área e a epidemiologia³.

De modo geral, a estruturação da descentralização se dá nos serviços de saúde regionalizados, através da territorialização⁴. Nesta perspectiva, implementou-se a área de abrangência na atuação da Atenção Primária à Saúde, pois estes têm como base de sua política atuar sobre um território definido⁵ – o qual se determina por espaço em que se habita, considerando não só o local onde se efetiva direito, mas também a falta dele, uma vez que para alcançar a equidade em saúde, é essencial que exista, uma territorial⁵. Assim, a compreensão da disseminação das doenças nas coletividades perpassou fatores biológicos e abarcam também uma dinâmica social complexa^{6,7}, além dos mecanismos relacionais que explicam a distribuição e o desenvolvimento da enfermidade. Nesse sentido, a manifestação do perfil de saúde-doença numa população pode ser evidenciada territorialmente, como entidades espacialmente determinadas⁷ por análises territoriais, compreendendo-a como sinônimo de pertencer àquilo que é nosso⁸.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estipulou por meio da meta 3.3, os objetivos de desenvolvimento sustentável 3 através da Agenda 2030, erradicar as epidemias de aids, tuberculose (TB), malária e doenças tropicais negligenciadas (DTN), além de combater as hepatites virais, as doenças contagiadas pela água, as arboviroses transmitidas pelo *aedes aegypti* e outras enfermidades contagiantes^{9,10}. Esses agravos são associados a condições de desigualdade, falta de acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, moradia, vacina e medicamentos¹¹.

* Lista de Referências no Apêndice A

A Fundação Rockefeller propôs a classificação das doenças negligenciadas em 1970¹² como agravos de origem infecciosa predominantes nos trópicos e subtropicais, sendo a sua persistência produto de um conjunto de falhas estruturais^{12,13}. Posteriormente, em 2006, o Brasil conceituou-as como aquelas que não apenas se manifestam em contextos pobreza, mas também colaboram para a perpetuação da desigualdade, uma vez que constituem um obstáculo significativo ao desenvolvimento^{12,14,15}. Elas são classificadas em 17 agravos: Doença de Chagas, Dengue, Úlcera de Buruli, Cisticercose, Dracunculíase, Equinococose, Fasciolíase, Tripanossomose humana africana, Leishmaniose, Hanseníase, Filariose linfática, Oncocercose, Raiva, Esquistossomose, Helmintíase, Tracoma, Bóia, e mais recentemente foi incluída a Chikungunya^{2,15,16}. Neste estudo, abordaremos a tuberculose, dengue/ chikungunya, HIV, raiva e hepatite, que foram os agravos identificados no território em análise.

A pauta nacional demonstra consonância com a perspectiva internacional. De maneira análoga, a abordagem proposta por Milton Santos evita abordar aspectos globais e territoriais com antagonismo, enfatizando a constante inter-relação entre os atores¹⁷. Assim, o Brasil tem avançado em suas estratégias de enfrentamento das doenças por meio da implementação de programas específicos, como os voltados para a tuberculose e HIV.

Apesar dos progressos no controle dos agravos, ainda há muito a se fazer até a erradicação devido às lacunas existentes na adoção de tecnologias em saúde para investigação e intervenção terapêutica, bem como desafios relacionados à regionalização do cuidado¹⁸. Isso porque, embora esses agravos exerçam um forte impacto nas condições de saúde, são historicamente negligenciadas em razão do baixo interesse em investimento em pesquisa e desenvolvimento da indústria farmacêutica, pois a maior incidência ocorre em populações com recursos financeiros limitados. Dessa forma, elas sobrecarregam os sistemas de saúde impactando a capacidade produtiva da população, aprofundando as desigualdades, reforçando iniquidades em saúde e reduzindo as perspectivas avanços na metodologia de cuidado¹².

O mapeamento de áreas de risco para enfermidades no Brasil, ao longo do tempo, tem sido realizado por meio de uma combinação de métodos epidemiológicos, vigilância em saúde, análise de dados geográficos e demais ferramentas de

geoprocessamento¹⁹. No entanto, o controle dos agravos necessita de atuação intersetorial através de programas de controle, prevenção e intervenções como busca ativa, monitoramento, ações de saúde global e incentivos à pesquisa²⁰.

A trajetória no enfrentamento de doenças no país abrange o monitoramento de enfermidades como dengue, malária e outros^{21,22}, necessita da identificação dos fatores locais. O território, concebido como um espaço formado pela identidade e pelo sentimento de pertencimento, enfatiza a variedade de atores sociais que o constituem²³. Ao ser determinado por funções espaciais, é, então, importante entender os vínculos que se estabelecem nele²⁴ para definir as ações práticas de saúde que serão implementadas. A partir dessa perspectiva, torna-se possível determinar as relações entre medidas locais (disponibilidade de serviços, bem-estar, habitação etc.) e os sistemas globais (diretrizes públicas), além de observar como isso se vincula com os processos sociais que envolvem a saúde, cuja gestão requer ações integradas e intersetoriais^{7,25,26}.

O perfil epidemiológico da população afetada por doenças negligenciadas e outros agravos pode ser analisado como um produto do território. O espaço reage de acordo com as interações estabelecidas; assim, as abordagens de intervenção devem se apropriar das particularidades, envolvendo a identificação dos determinantes que influenciam a transmissão e a perpetuação dessas doenças. A territorialização na Atenção Primária à Saúde é um método de gestão e coordenação de cuidados que busca atuar a partir de demandas locais e apropriação do perfil da população na perspectiva de adequação dos serviços⁵. Para isso, a Política Nacional de Atenção Básica² determinou que todos os atores envolvidos no processo do cuidado devem participar do planejamento, empregando técnicas que auxiliem no mapeamento e análise de distribuição de pessoas, serviços e fatores ambientais⁴ para determinar os grupos em situação de risco e vulnerabilidades²⁷.

O georreferenciamento é uma ferramenta crucial no mapeamento de doenças negligenciadas e agravos de perfil epidemiológico, pois proporciona uma abordagem espacial que auxilia na compreensão da distribuição geográfica, na identificação de padrões de transmissão e na implementação de métodos de vigilância mais eficazes. Por meio desta técnica, identificam-se as áreas de maior incidência de casos, para auxiliar no planejamento de intervenções localizadas e proporcionar a determinação dos causadores socioambientais que atuam sobre os agravos e, dessa

forma, aprimorar a vigilância epidemiológica, portanto é uma ferramenta facilitadora na obtenção de informações precisas sobre a localização de casos²⁸.

Um dos grandes desafios é a lacuna existente na acessibilidade dos dados epidemiológicos de saúde e no apontamento dos determinantes sociais e econômicos específicos. Além disso, há pouco conhecimento sobre a incidência e a distribuição das doenças pelas equipes de saúde, o que agrava o cenário epidemiológico a instrumentalização e impede uma resolutividade adequada às necessidades da população.

Nesta Dissertação, foi empregado o georreferenciamento para analisar a distribuição de doenças e fatores de riscos coletivos, a fim de diagnosticar a situação de saúde no território em relação à tuberculose, ao HIV, à raiva, à hepatite e à dengue/chikungunya, presentes nas metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável⁹ (ODS). Além disso, foi verificada a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo da referida área no território.

Os resultados são apresentados em dois capítulos. O primeiro descreve a estratificação de vulnerabilidade familiar, a elaboração de indicador de saúde do território e o mapeamento de agravos, em uma série temporal de 2020 a 2023 por meio do georreferenciamento no território.

O segundo capítulo descreve os resultados dos inquéritos de entrevistas semiestruturadas, abordando a percepção dos profissionais das equipes de saúde em relação ao monitoramento e à vigilância dos agravos da Agenda 2030, e analisa o discurso da equipe de saúde bucal, além de como essas metas são integradas em seu planejamento de ação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Pretende-se analisar o processo de territorialização através do georreferenciamento, bem como a distribuição espacial e o espaço-temporal dos

agravos incluídos na Agenda 2030 da ONU, e avaliar a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre agenda.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a distribuição de agravos entre os anos 2020 e 2023 e elaborar um diagnóstico situacional através de análise espacial para avaliar a concentração de casos;
- Elaborar o indicador de saúde do território;
- Mapear a estratificação de vulnerabilidade social familiar por microáreas;
- Analisar como as equipes de saúde avaliam seu desempenho no combate aos agravos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
SILVA, D. V. A. <i>et al.</i> ²⁹	2014	Brasil	Caracterizar a distribuição espacial dos usuários hospitalizados com Doenças Tropicais Negligenciadas em uma instituição hospitalar na região norte do estado de Minas Gerais.	1009 registros de casos.	Estudo transversal	• O georreferenciamento auxiliou a visualizar a distribuição espacial, a disseminação e a sobreposição dessas doenças. • Observaram-se casos distribuídos por todo o município; todavia, há maior concentração de casos em bairros periféricos.
SOUSA, A. I. A; PINTO JUNIOR, V. L. ³⁰	2016	Brasil	Identificar áreas com maior risco de transmissão de aids no Brasil.	633.512 casos de aids	Estudo ecológico	• A análise espacial possibilitou a verificação da prevalência, da densidade superficial da taxa média de incidência e da taxa média de incidência dos casos. • A incidência de aids no Brasil apresentou sucessivos aumentos nos períodos analisados. • A prevalência de casos aponta conglomerados no espaço, com altas concentrações nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
REBOLLEDO, E. A. S.; CHIARAVALLO TI, F.; GIATTI L. L. ³¹	2018	Brasil	Revisar as consequências empíricas do uso de geoprocessamento na gestão dos serviços de atenção primária à saúde.	9 artigos	Revisão sistemática	São escassos os estudos que avaliaram a implementação do georreferenciamento na APS. Experiências demonstram que o uso contínuo do georreferenciamento poderia aumentar a capacidade de resposta às metas da APS e do ODS.
PEREIRA, A. G. L. <i>et al.</i> ³²	2018	Brasil	Analisar a distribuição espacial da tuberculose no município do Rio de Janeiro em 2006 e a associação entre ocorrência da doença e indicadores socioeconômicos.	3.089 novos casos	Estudo ecológico	- O georreferenciamento permitiu a distribuição de novos casos de tuberculose notificados. - A construção de mapas de densidade de novos casos de tuberculose georreferenciados foram feitos por endereço de residência. - A análise espacial identificou áreas de maior concentração de casos, coincidindo com áreas mais vulneráveis. - A má qualidade do registro dos endereços foi a principal limitação.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
VIVALDINI, S. M. <i>et. al.</i> ³³	2019	Brasil	Analisar o padrão de distribuição espacial dos casos de hepatite B e a mortalidade atribuída a esse agravo em todo o território nacional, nos anos de 2005, 2016 e 2017.	27 unidades federativas do Brasil	Estudo ecológico	• A análise espacial do padrão de distribuição identificou áreas com grande concentração de casos, particularmente no Norte, além de outros pontos distribuídos pelo território nacional. • Os dados reforçam a urgência de ações de intervenção relativas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite B.
SOUZA, H. P. O. <i>et al.</i> ¹⁹	2020	Brasil	Apresentar um método para identificar áreas críticas relativas a doenças infecciosas e parasitárias selecionadas para fins de vigilância em saúde, analisando a sua associação aos indicadores de pobreza no Brasil.	10.578.337 casos	Estudo observacional	• A técnica utilizada foi adequada para orientar ações de vigilância no país e permite a articulação entre observações locais e demais setores para contornar os problemas de saúde causados por doenças infecciosas e parasitárias, bem como fatores relacionados. • O mapeamento possibilitou a classificação dos municípios brasileiros segundo indicador sintético de criticidade por doenças infecciosas e parasitárias.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
RUBERANZIZA, E. <i>et al.</i> ³⁴	2020	Ruanda	• Prever coinfeções com alta precisão. • Isolar associações entre parasitas. • Quantificar como essas associações mudam entre as paisagens.	186 escolas	Estudo transversal	• O mapeamento auxiliou na avaliação de prevalência dos casos. • Abordagens multivariadas podem ser fundamentais no esforço global para reduzir e eventualmente eliminar infecções negligenciadas por helmintos nos países em desenvolvimento.
ORFÃO, N. H. <i>et al.</i> ³⁵	2021	Brasil	Analisar o georreferenciamento dos casos de tuberculose em Rondônia, no período entre 2008 e 2018.	7.643 casos	Estudo ecológico	• A distribuição espacial dos casos revela que a TB se concentra na capital e nos municípios fronteiriços do estado, determinados pelas especificidades locais e pelo próprio processo de gestão. • Ao identificar que essa concentração é marcada pelas especificidades locais e pelo processo de gestão, percebe-se que não se priorizam ações voltadas para o controle da TB no planejamento de saúde.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
RIBEIRO, S. F. <i>et al.</i> ³⁶	2021	Brasil	- Entender o comportamento das principais morbidades negligenciadas encontradas no estado sob perspectiva da análise espacial, no período de 2013 a 2017. - Analisar, através da bibliografia, a detecção dos fenômenos envolvidos na gênese da problemática encontrada.	139 municípios do Tocantins	Estudo ecológico observacional descritivo	- O baixo nível socioeconômico, o baixo acesso a serviços de saúde nas zonas rurais, a ineficiência assistencial em locais distantes, a dificuldade no diagnóstico precoce, o clima e a geografia da região, e a articulação política partidária são dificultadores para a remissão dos agravos. - Os agravos são passíveis de controle por meio da implantação de medidas preventivas de saúde específicas. - A utilização do geoprocessamento viabiliza que o serviço de saúde consiga enxergar as suas vulnerabilidades, permitindo propor ações de acordo com as particularidades de cada território.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
REBOLLO M. P. <i>et al.</i> ³⁷	2021	África	- Dinamizar e capacitar os programas nacionais de DTN. - Desenvolver uma base de dados robusta de mapeamento de DTN e um portal de dados.	4.851 distritos	Estudo longitudinal	Utilizou-se o mapeamento para analisar quais eram as lacunas na construção do programa de prevenção para orientar e acompanhar oportunidades de investigação a fim de desenvolver melhores ferramentas de diagnóstico e amostragem epidemiológica.
SOEIRO, V. M. S.; CALDAS, A. J. M.; FERREIRA, T. F. ³⁸	2022	Brasil	Analisar a tendência e a distribuição espaço-temporal dos casos novos de tuberculose que abandonaram o tratamento no Brasil.	5.570 municípios de 2012 a 2018	Estudo ecológico	- Foi realizada a distribuição espacial e temporal da proporção de abandono do tratamento da tuberculose no Brasil entre 2012 e 2018. - O índice de abandono do tratamento da TB no Brasil ainda está abaixo das recomendações da OMS, mantendo-se estável no período analisado.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
NGATSE, J. A. <i>et al.</i> ³⁹	2022	Congo	Coletar dados epidemiológicos disponíveis sobre quimioterapia preventiva para doenças tropicais negligenciadas (DTN-QP) no RoC visando documentar a situação histórica e atual, além de identificar desafios para alcançar a eliminação das DTN.	56 estudos	Revisão Sistemática	• A ferramenta auxiliou na visualização da distribuição da prevalência dos casos. • Para eliminar as DTN-QP, que estão presentes em algumas localidades, são necessários novos levantamentos de mapeamento. Ademais, deve ser incentivado o aumento do investimento em pesquisa científica no país.
SILVA, T. R. <i>et al.</i> ²²	2022	Brasil	Determinar a tendência e a distribuição espacial dos casos confirmados de dengue no Brasil no período de 2009 a 2019.	2.021.293 casos	Estudo ecológico	• O instrumento auxiliou a estabelecer a tendência e a distribuição dos casos nos anos analisados. • A dengue permanece como um relevante problema de saúde pública, tendo em vista seu elevado número de casos.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
BATISTA, J. F. C. <i>et al.</i> ⁴⁰	2023	Brasil	Analisar a distribuição espacial e a tendência temporal da taxa de incidência de aids no Brasil no período de 2005 a 2020	623.158 casos	Estudo ecológico	- No Brasil, as regiões Sudeste e Sul apresentaram diminuição da taxa de incidência, enquanto o Norte aumentou e o Nordeste e Centro-oeste foram estacionários. - As regiões Sudeste, Sul e Nordeste apresentaram os maiores conglomerados das e taxas bayesianas empíricas espaciais.
LUO, C. <i>et al.</i> ⁴¹	2023	Sudeste Asiático	Identificar dados de pesquisas sobre a prevalência da esquistossomose no Sudeste Asiático e análises geoestatísticas bayesianas avançadas para avaliar a distribuição geográfica do risco.	494 pesquisas de <i>Schistosoma japonicum</i> nas Filipinas e na Indonésia; 285 em Camboja e Laos para <i>Schistosoma mekongi</i> .	Revisão sistemática	- O georreferenciamento auxiliou na visualização da distribuição das doenças. - A erradicação da esquistossomose continua longe do objetivo da OMS, e as estimativas destacaram áreas a atingir com intervenções reforçadas contra a doença.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
LARKINS, A. <i>et al.</i> ⁴²	2023	República Democrática Popular do Laos	• Descrever a aplicação da análise de decisão multicritério para mapear o risco de <i>Taenia solium</i> na República Democrática Popular do Laos. • Realizar um estudo de caso para outros países endêmicos.	8.499 aldeias	Estudo transversal	• O mapeamento auxiliou a descrever as categorias de risco das aldeias e dos distritos. • A análise de decisão multicritério forneceu uma abordagem simples, rápida e flexível para mapear o risco de <i>Taenia solium</i> na República Democrática Popular do Laos. • O método indica que pode ser realizado em qualquer país endêmico com dados disponíveis e apropriados sobre fatores de risco.
OLIVEIRA, A. P. <i>et al.</i> ⁴³	2023	Brasil	Analisar a distribuição espaço-temporal das doenças tropicais negligenciadas e sua relação com indicadores socioambientais em Arquipélagos do Marajó, do Pará e da Amazônia.	16 municípios	Estudo ecológico	• O georreferenciamento auxiliou a realizar a distribuição do espaço e da taxa de mortalidade bruta e bayesiana por doenças tropicais negligenciadas. • É imperativa a inclusão das pessoas diagnosticadas com DTNs na linha de cuidado da Atenção Primária à Saúde, de modo a desconstruir as vulnerabilidades no processo saúde-doença dessa população e tornar as ações mais efetivas.

Quadro 1 - Revisão de Literatura sobre o uso do georreferenciamento como ferramenta na erradicação dos casos da Agenda 2030

(conclusão)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
ROCHA, M. I. F. <i>et al.</i> ⁴⁴	2023	Brasil	Analisar a distribuição espaço-temporal e os fatores associados à mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no Brasil de 2000 a 2019.	5.570 municípios entre 2000 e 2019	Estudo ecológico	• Foi possível verificar a tendência temporal e espacial. • Quanto menor o desenvolvimento humano e maior a vulnerabilidade social, maior é a mortalidade por DTNs, o que deve direcionar as ações de prevenção e controle dessas enfermidades.
OYEYEMI, O. T. <i>et al.</i> ⁴⁵	2024	Nigéria	• Identificar DTNs comuns. • Destacar o progresso no desenvolvimento de diagnósticos para essas DTNs.	Análise documental	Revisão de literatura	• Os agravos foram selecionados por método de tratamento, identificando-os com perspectivas de acesso e cuidados específicos. • As ferramentas de diagnóstico de DTN no local de atendimento (POC-DTN) são opções de diagnóstico preferidas recomendadas em áreas com recursos limitados para mapear zonas de risco e monitorar a eficácia do tratamento.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

Quadro 2 - Revisão de Literatura sobre a atuação da Atenção Primária na Agenda 2030

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
VIEIRA, F. S. ⁴⁶	2020	Brasil	- Examinar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2010 a 2019. - Analisar as tendências recentes da alocação de recursos federais para grandes áreas de atuação do sistema, bem como a possibilidade de alcance das metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 da Agenda 2030.	Siga Brasil, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) dos anos 2010 a 2019.	Estudo descritivo	- O gasto público <i>per capita</i> com saúde aumentou entre 2010 e 2018. - Também se observaram perdas da vigilância em saúde em favor da atenção básica e da assistência farmacêutica.
MONTEIRO, B. R. ⁴⁷	2020	Portugal	Debater os indicadores que permitem mensurar os contributos dos CSP para os resultados obtidos em alguns dos indicadores do ODS3, nos anos de 2013 a 2018.	3 Unidades de Saúde	Estudo de caso longitudinal	Há um problema que se relaciona com a governança clínica e não com o modelo de Unidade de Saúde. O empoderamento das coordenações e a melhoria de eficácia da gestão intermédia é aqui fundamental.

Quadro 2 - Revisão de Literatura sobre a atuação da Atenção Primária na Agenda 2030

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
BASU, S. <i>et al.</i> ⁴⁸	2022	Brasil	Estimar o impacto potencial da expansão da atenção primária na mortalidade por causas específicas nas 15 maiores cidades brasileiras.	15 cidades	Estudo transversal	A cobertura dos cuidados primários da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser extremamente benéfica para a redução das desigualdades na saúde dentro dos países, mas a consecução das metas dos ODS exigirá provavelmente a coordenação entre os cuidados primários e outros setores.
REBOLLEDO, E. S.; GIATTI, L. L. ⁴⁹	2022	Brasil e Chile	Explorar a importância da Atenção Primária à Saúde para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, avaliando as convergências entre duas agendas municipais de APS e a Agenda Global 2030.	2 municípios	Estudo descritivo	Há necessidade de maior alinhamento dos planos e das políticas locais, nacionais e globais de ação, formação integrada e continuada nas comunidades e nas equipes de saúde, e de maior uso e difusão de tecnologias já disponibilizadas em abordagem territorial e intersetorial dos planos municipais de saúde.
RENGANATHAN, E.; DAVIES, P. ⁵⁰	2023	Malásia	Descrever onde médicos de Atenção Primária podem contribuir para promover o desenvolvimento sustentável alinhados com a Agenda dos ODS.	12º Plano da Malásia	Revisão	Os médicos e outros profissionais de Atenção Primária devem estar cientes das oportunidades que têm de contribuir para a Agenda mais ampla dos ODS.

Quadro 2 - Revisão de Literatura sobre a atuação da Atenção Primária na Agenda 2030

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
KORAH, P. I., NUNBOGU, A., AHMED, A. ⁵¹	2023	Gana	Analisar a acessibilidade espacial às Unidades de Saúde primárias, secundárias e terciárias no Gana para o progresso em direção ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.	Região Alto Oeste	Estudo transversal	É imperativo concentrar-se na abordagem da infraestrutura de transporte rural e na inadequação dos médicos, além de ampliar o acesso aos cuidados de saúde primários universais para todos, visando melhorar os acessos secundário e terciário.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

Caracterização do estudo

Foi empregada nesta pesquisa uma metodologia mista, abordando o georreferenciamento e a percepção dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde sobre o monitoramento de alguns agravos da Agenda 2030 na ONU. A pesquisa foi efetuada em 2 etapas. A primeira trata-se de estudo observacional longitudinal e de análise documental, com dados quantitativos em série temporal, elaborado por meio georreferenciamento e índice de saúde do território. A segunda ocupa-se de um estudo descritivo, censitário, de caráter transversal e abordagem quanti-qualitativa, com os profissionais das equipes de saúde da família, realizado por meio de inquéritos e análise do discurso.

Local do Estudo

O local do estudo foi o município de Santos, situado no estado de São Paulo, Brasil, e teve como referência uma Unidade de Saúde da Família composta por três Equipes de Saúde da Família, que atuam em nove microáreas.

Sujeitos de Pesquisa

Foram convidados e incluídos na pesquisa todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=25) ligados à Unidade de Saúde, sendo: Agentes Comunitárias de Saúde; Chefe de Seção da Unidade de Saúde; chefe administrativo; membro da equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) responsável pela área da Unidade de Saúde; além de enfermeiro, médico, auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e cirurgião-dentista. Após essa etapa, foi realizada uma entrevista semiestruturada através da técnica de análise do discurso com dois cirurgiões-dentistas sobre a integração da meta 3.3 da Agenda 2030 no processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

Critério de elegibilidade

Profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde que sejam concursados e estejam em exercício.

Classificação da área de estudo

O critério de seleção para escolha da unidade de saúde considerou as características distintas do território, incluindo: população em áreas de morro, central, portuária, cortiços e população em situação de rua. A área é caracterizada por proximidade a matas e áreas de ocupação irregular, apresentando diversidade territorial e populacional.

Coleta de dados

Na primeira etapa da pesquisa, foram coletados dados relativos aos agravos nos anos 2020, 2021, 2022 e 2023. Dentre os 17 agravos da Agenda Global, foram selecionados 6 agravos, de acordo com os registros disponíveis. Foram coletados dados do sistema de vigilância epidemiológica da Unidade de Saúde e por meio do programa QGIS (Open Source Geospacial Foundation), foram georreferenciados.

Por meio de incursões no território junto aos Agentes Comunitários de Saúde foram levantados os pontos de risco social do território, sendo esses: casas desocupadas, áreas delimitadas pela defesa civil, pontos de violência e locais com entulhos. Além disso, foram compilados os resultados da estratificação da vulnerabilidade familiar através Escala de Coelho- Savassi⁵³ registrados na ficha A⁵⁴ e da classificação sociodemográfica da população através das fichas do e-SUS de cadastro individual.

A segunda parte da pesquisa foi realizada por meio de inquéritos semiestruturados adaptados da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- adaptado (AMAQ)- AB nos 25 trabalhadores da Unidade de Saúde da Família do município, avaliando a percepção dos profissionais da saúde sobre monitoramento e gestão do cuidado aos agravos presentes na Agenda 2030 na Atenção Primária à Saúde.

As variáveis de estudo incluíram idade, tempo de atuação na unidade, conhecimento sobre a Agenda 2030, planejamento dos cuidados aos agravos, gestão compartilhada, uso de sistemas de informação para monitoramento, uso de indicadores, planos de ação para melhoria dos resultados, uso de programas de controle e eliminação de doenças infecciosas, utilização de prontuários eletrônicos

como instrumentos de gestão, discussão de resultados do monitoramento, envolvimento das comunidades e redes sociais no planejamento, acompanhamento de casos de doenças transmissíveis, infecciosas e emergentes (ANEXO D).

Posteriormente, foi realizado a análise do discurso através de entrevista semiestruturada com cirurgiões-dentistas a fim de verificar a integração das metas da ODS 3 pela equipe de saúde bucal. As entrevistas gravadas foram transcritas integralmente apresentando um roteiro flexível. Os discursos foram contextualizados, levando em consideração o ambiente de trabalho dos profissionais, suas funções e as condições específicas do território de atuação.

Elaboração dos mapas

Os mapas avaliaram a distribuição dos agravos no território, oferecendo aparato visual para análise comparativa do perfil de incidência nos últimos 4 anos. O *Sistema de QGIS, versão 2.10.1*, foi utilizado para mapeamento da área, e associou coordenadas geográficas para a produção de mapas, visando exportar e compartilhar informações dos territórios. Foram produzidos mapas de setores censitários para estimar as áreas ocupadas.

A análise de padrões de densidade e distribuição de casos dos agravos foi produzida através do método de Kernel. Dessa maneira, os de mapas de calor estimaram a concentração e incidência de casos.

Análise dos dados

Para análise integrada dos dados de ocorrência de doenças na região estudada, optou-se pela análise da incidência das doenças estudadas dentro dos períodos analisados. Nesse sentido, de forma a delimitar a população alvo, foram buscados dados do IBGE para o Censo de 2010 – último integralmente disponibilizado – para a escala de dados de análise propostas.

As áreas delimitadas como objeto de estudo são compostas por 39 setores censitários e realizado taxa anualizada de crescimento populacional do território entre os períodos de 2010 e 2022. A soma da população para período de coleta (2010) foi de 23.848 habitantes, aplicada taxa de variação demográfica anualizada. O valor de coeficiente atualizado foi de 23.590 habitantes. Esse valor foi usado para referência nos cálculos de taxa de registro das doenças analisadas por unidades de análise.

Após a estratificação dos setores censitários, foi realizado o georreferenciamento dos casos através do método Kernel para estimar a densidade de pontos em uma área específica e visualização de áreas de maior e menor incidência.

Na segunda etapa, realizou-se a análise descritiva, através de inquéritos semiestruturados (ANEXO D) com os profissionais de saúde, sendo as variáveis expressas em frequências percentuais, proporcionando uma análise quantitativa dos dados coletados. A análise temática e das frequências percentuais foram integrados para fornecer uma visão abrangente das percepções dos profissionais da saúde. Em seguida, foi realizada análise de discurso através da definição do objeto do estudo, coleta de dados das entrevistas, contextualização do tema, identificação de temas e padrões, análise do conteúdo e interpretação dos resultados.

Caracterização sociodemográfica

Para caracterização sociodemográfica as famílias foram estratificadas pelo cadastro e-SUS. Os graus de vulnerabilidade foram gerados, segundo o escore final gerado por dados da Escala Coelho- Savassi presente na ficha A⁵⁴, utilizando quatro diferentes possibilidades, sendo-as: sem risco, baixo risco, médio risco, alto risco⁵².

Índice de saúde do território (ISATE)

A composição do indicador envolveu a integração de 3 variáveis: características socioeconômicas, resultado da escala de Coelho-Savassi e pontos de risco social, tendo como resultado o índice de saúde do território.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do município da Escola de Saúde da Secretaria de Saúde do município de Santos-SP número 6.501.527/2024, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 74123723.4.0000.0263.

5 CAPÍTULO 1 – O USO DO GEORREFRENCIAMENTO NA ANÁLISE SITUACIONAL DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: UMA ESTUDO LONGITUDINAL[†]

5.1 Resumo

Objetivou-se descrever o processo de territorialização na vigilância de alguns agravos da Agenda 2030 na Atenção Primária à Saúde através de georreferenciamento. Como recurso metodológico foram utilizados a distribuição geográfica da concentração dos agravos através do método kernel, cálculo da taxa de ocupação do território, estratificação de fatores de risco familiar e elaboração do índice de saúde do território. Foram encontrados a presença dos seguintes agravos: tuberculose, HIV, hepatite, raiva e dengue/ chikugunya. As áreas de morros obtiveram maior concentração dos casos no período analisado, e estão associados com fatores socioeconômicos, habitacional e presença de áreas de risco. Por fim, as áreas de maior densidade populacional obtiveram maior incidência de casos. A territorialização através do georreferenciamento se mostrou adequado para orientar ações de monitoramento na Atenção Primária à Saúde, permitindo a qualificação das ações em saúde e a articulação na Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: desenvolvimento sustentável; mapeamento geográfico; vigilância em saúde pública; territorialização da Atenção Primária.

5.2 Abstract

The objective of this study was to describe the process of territorialization in the surveillance of some diseases of the 2030 Agenda in Primary Health Care through georeferencing. As a methodological resource, the geographic distribution of the concentration of diseases through the kernel method, calculation of the territory

[†] Formatado de acordo com as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva, que podem ser acessadas em https://cienciaesaudecoletiva.com.br/uploads/Atualiza%C3%A7%C3%A3o_CSC_portugues-2023-REV-Normas.pdf

occupation rate, stratification of family risk factors and elaboration of the health index of the territory were used. The presence of the following diseases was found: tuberculosis, HIV, hepatitis, rabies and dengue/chikugunya. The hillside areas had a higher concentration of cases in the analyzed period, and are associated with socioeconomic factors, housing and the presence of risk areas. Finally, the areas of greater population density had a higher incidence of cases. Territorialization through georeferencing was an instrument used and proved to be adequate to guide monitoring actions in Primary Health Care, allowing the qualification of health actions and articulation in the Health Care Network.

Keywords: sustainable development; geographic mapping; public health surveillance; territorialization in Primary Health care.

5.3 Introdução

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em 2012 pelo Ministério da Saúde (MS), introduz atribuições a Atenção Primária à Saúde, considerando-a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹. Posteriormente, em 2017, a PNAB destaca a importância de compreender as demandas de saúde da população para oferecer o cuidado adequado². No contexto brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família é o principal arranjo organizacional para alcançar uma Atenção Primária à Saúde potente e resolutive³, tendo o território como base para atuação.

Os territórios são espaços definidos, nos quais a equipe de saúde assume gestão sanitária contemplando a dinâmica em que se vivem as populações assistidas⁴. A territorialização é o ponto de partida para o planejamento em saúde, concebida como recurso que transcende as delimitações territoriais e processos administrativos.

Ao compreender o local como ponto de partida, percebe-se que o processo de territorialização é constantemente construído. Tal fato se dá devido aos produtos desse processo dialogarem com a Atenção Primária à Saúde, requerendo ações interdisciplinares e considerando os atores sociais que atuam sobre o espaço⁵. Além disso, delimitar o espaço de atuação é a estratégia principal para compreender a

desafios na saúde, reconhecendo não só seus contextos sociais, políticos e ambientais, como também a maneira pela qual ele afeta a vida dos indivíduos⁶⁻⁸. Portanto, as regiões conectam pessoas ao meio em que vivem. Entre as metas específicas atribuídas pelas necessidades do território, verifica-se que há uma agenda global que abrange a redução de disparidades em saúde.

A partir disso, a Agenda 2030 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, na meta 3.3 tenciona acabar com as epidemias de aids, tuberculose e malária, além de combater as doenças negligenciadas, arboviroses e a hepatite, buscando garantir cobertura universal de saúde, acesso a serviços de qualidade, vacinas e medicamentos essenciais⁹. Considerando assim, que os fatores para o seu combate estão diretamente relacionados aos determinantes sociais da saúde¹⁰.

Quanto às doenças transmissíveis negligenciadas, as alterações climáticas podem afetar sua propagação, já que a temperatura impacta na reprodução, na sobrevivência, na distribuição e na replicação de vetores portadores de patógenos e seus hospedeiros^{11,12}. Assim, em consonância com a proposta global, o desafio é regionalizar os objetivos de acordo com as demandas específicas de cada território.

O olhar interdisciplinar é necessário na construção de estratégias em saúde, que sejam aptos a modificar as condições sociais¹³, transformando em uma agenda prioritária¹⁴. Nesse sentido, a partir do delineamento do perfil do território, realiza-se o monitoramento em saúde para a alinhamento dos dados de habitação, alimentação, trabalho, meios de vida e o planejamento dos serviços de saúde¹⁵. Desse modo, compreende-se o adoecer como um processo que contempla uma estrutura espacial e atores sociais¹⁶.

O georreferenciamento permite a exposição de dados de forma simplificada²⁰, objetivando tornar o processo de territorialização mais eficiente e longitudinal. Nesse sentido, o planejamento do processo de trabalho em rede e no território⁵, permite que o mapeamento oriente fluxos no campo da saúde²¹, visualize dados, comunique riscos e, então, envolva as comunidades locais em métodos de investigação participativa. Além disso, a modelização geoespacial pode ajudar a preencher lacunas de conhecimento sobre a prevalência ou a incidência de doenças infecciosas em regiões

subamostradas, transformando os dados clínicos numa visão mais contínua da transmissão.

Os objetivos de desenvolvimento sustentável têm como proposta acabar, até 2030, com o problema de saúde pública, tais como as epidemias de aids, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas (sendo 17 agravos), doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e outras doenças transmissíveis⁹.

Para tanto, a distribuição geográfica e a concentração de casos de agravos presentes na agenda 2030 dos objetivos de desenvolvimento sustentável pode ser identificado por fatores relacionados ao território. Assim, o objetivo desta pesquisa é descrever o processo de territorialização com uso do georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar de casos da Agenda 2030 na Atenção Primária à Saúde com vistas à auxiliar na vigilância em saúde.

5.4 Material e Métodos

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e longitudinal, a fim instrumentalizar o processo de territorialização abarcando os fatores de risco coletivos relevantes- que contribuem na transmissão dos agravos da Agenda 2030 da ODS 3.

Local de Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Santos, no estado de São Paulo, Brasil. A Unidade de Saúde da Família selecionada como base para a pesquisa possui três Equipes de Saúde da Família, que atuam em nove microáreas. O território estudado apresenta desafios decorrentes da diversidade demográfica e espacial, abrangendo desde a área central – composta por zona portuária e comercial, onde há presença de cortiços – até as de morros – com maior densidade populacional e, consequentemente, maior exposição a riscos relacionados aos determinantes sociais.

O município de Santos, tem seu histórico em saúde diretamente associado à sua condição portuária, que está intimamente ligada ao processo de ocupação e

crescimento habitacional¹⁷. O esvaziamento do centro dessa cidade iniciou-se devido à proibição de cortiços e, posteriormente, em decorrência da exploração imobiliária, o que culminou no adensamento nas áreas dos Morros e da Zona Noroeste, as quais se tornaram alternativas de moradia para famílias de baixa renda¹⁸. Assim, tornou-se um território complexo, composto por área portuária com presença de cortiços, áreas comerciais e morros.

A partir do perfil epidemiológico dessa população, foram construídos mapas temáticos com a distribuição da concentração dos agravos encontrados. Na saúde, os Sistemas de Informações Geográficas são instrumentos importantes devido à sua capacidade de integrar dados. Essas capacidades auxiliam da análise da ocorrência de casos, identificação de focos, fatores de risco, sobreposição de agravos e definição de ações em saúde¹⁹.

Coleta de dados

Foram coletados dados de 2020 a 2023. Dentre os 17 agravos da Agenda Global, foram selecionados os agravos prevalentes no território, de acordo com os registros disponíveis. Paralelamente, dados do sistema de vigilância epidemiológica da Unidade de Saúde e por meio do programa QGIS (Open Source Geospacial Foundation), foram georreferenciados.

Na sequência, foram levantados os pontos de risco social do território sendo esses: casas desocupadas, áreas delimitadas pela defesa civil, pontos de violência e locais com entulhos. Através do cadastro e-SUS, foram consultados os resultados da estratificação de vulnerabilidade familiar registrados na Escala de Coelho e Savassi³⁰ através da ficha A³⁰⁻³³. Através do escore final gerado com o preenchimento de sentinelas, foi realizado a estratificação dos graus de vulnerabilidade, classificados como: sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco³¹.

Tabela 1. Graus de risco familiar de acordo com o escore final.

Graus de risco	Score
Sem Risco	0
Baixo Risco	1-3
Médio Risco	4-6
Alto Risco	7-8

Fonte: Baseado no Programa de RMSC – URCA³¹

Os agravos levantados por meio das notificações compulsórias foram tabuladas e associadas às informações sobre as áreas em que residem e o risco do local feita a classificação no território para o diagnóstico situacional do território.

Variáveis analisadas

Os agravos registrados através da notificação compulsória foram georreferenciados. Foram agrupadas características sociodemográficas, o escore da Escala de Coelho-Savassi e pontos de risco, para a elaboração do índice de saúde do território (ISATE), e assim obter a classificação de risco do território.

Análise dos dados

Para análise integrada dos dados de ocorrência de doenças na região estudada, optou-se pela análise da incidência das doenças estudadas dentro do período analisado. Nesse sentido, de forma a delimitar a população alvo, foram buscados dados do IBGE para o Censo de 2010 – último integralmente disponibilizado – para a escala de dados de análise propostas.

Para isso, foi utilizado o setor censitário como unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral, formado por área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural²⁴ sendo também as unidades mínimas de disponibilização de dados obedecendo critérios de sigilo de dados.

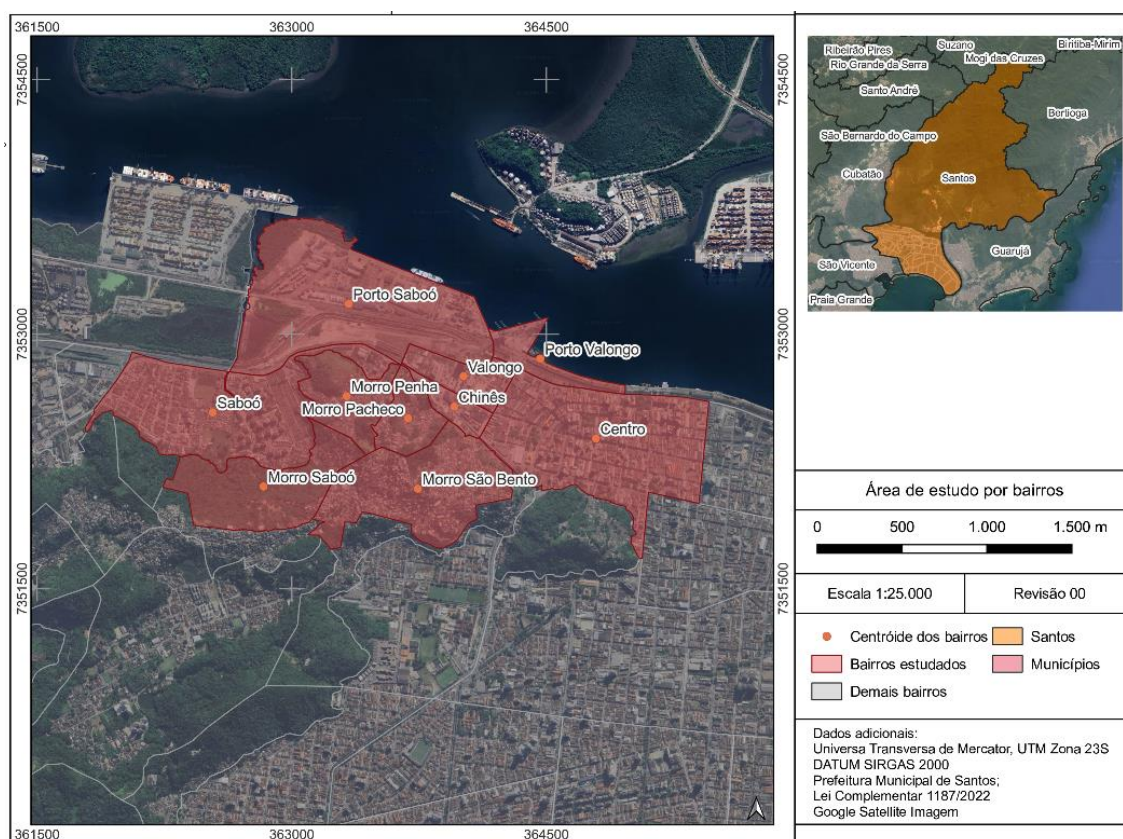
Considerando a temporalidade dos dados analisados, foi proposta a aplicação da taxa anualizada de crescimento entre os períodos de 2010 e 2022, com interpolação entre níveis territoriais, onde foi inserida para as áreas estudadas os valores identificados para o município de Santos, SP.

Os valores observados para o Censo de 2010 desenvolvido pelo IBGE, observa-se que a área analisada é subdividida em 39 setores censitários totais. A soma da população para o período de coleta (2010) foi de 23.848 habitantes, aplicada taxa de variação demográfica anualizada, conforme descrito acima. Os valores truncados resultaram em um novo valor de coeficiente atualizado de 23.590 habitantes. Esse valor será usado para referência nos cálculos de taxa de registro das doenças analisadas por unidades de análise. A dinâmica demográfica apresentada, por mais que fundamentada ainda no censo de 2010, representa o que há de mais atual e com solidez metodológica para análise de dados.

Aplicados à técnica de séries temporais junto à geolocalização dos casos, foram verificados os anos analisados e a tendência temporal dos agravos na área de abrangência. Esse diagnóstico ocorreu através da análise de padrões de densidade para analisar a distribuição de casos da doença através do método de Kernel.

Essa análise estima a probabilidade de que um evento ocorra em cada grau regular, sendo computada de modo que os eventos mais próximos recebam pesos maiores e os mais distantes, menores pesos; estabelecendo, nesse sentido, redução gradual dos pesos^{22,23}. Dessa maneira, os mapas temáticos identificaram a incidência e a taxa de ocorrência dos casos durante os anos analisados. O território foi dividido numericamente em áreas para facilitar a análise dos dados, reconhecendo-se, assim, a atuação de 3 equipes de saúde da família (azul, verde e amarela) nesta área adstrita à unidade de saúde. A equipe azul é responsável pelos morros Chinês, Pacheco, São Bento, Centro, Valongo, Porto Valongo e parte do Morro da Penha. A equipe verde é responsável pelos morros Saboó, Saboó, Porto Saboó. A equipe amarela é responsável por parte do Saboó e parte do morro da Penha. Para explicitar, a figura 1 identifica o território descrito.

Figura 1 - Área de abrangência da Unidade de Saúde



Fonte: Google Earth Pro

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do município da Escola de Saúde da Secretaria de Saúde do município de Santos-SP número 6.501.527/2024, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 74123723.4.0000.0263.

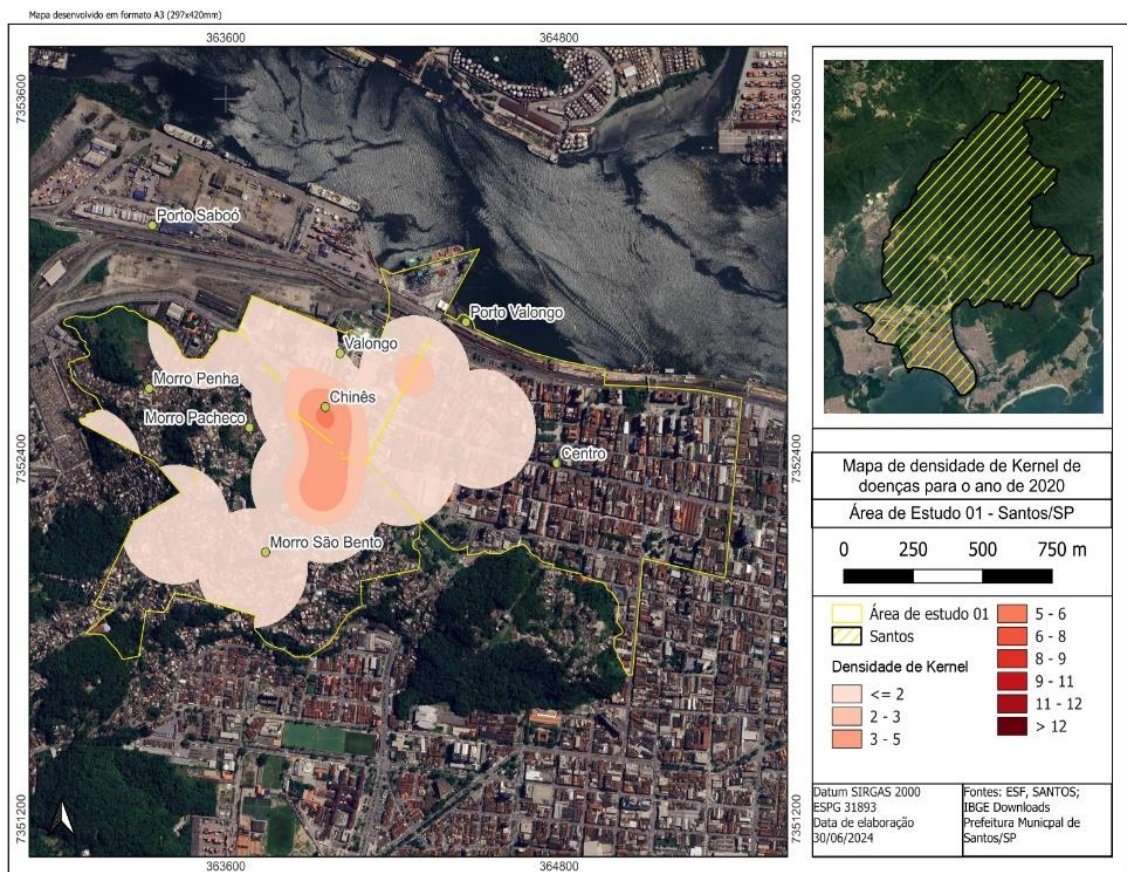
5.5 Resultados

Os resultados do georreferenciamento do território, segundo os índices de saúde do território, são apresentados nas figuras de 2 a 17.

Observou-se no território a incidência dos seguintes agravos: tuberculose, HIV, raiva, dengue/chikungunya e hepatite. Os agravos da saúde foram analisados como um conjunto de dados e metas específicas, que foram unificadas, abrangendo a distribuição geográfica das doenças no território. Para tanto, o território foi dividido em três áreas, seguindo as divisões por microáreas, a fim de identificar padrões e tendências na incidência dessas doenças.

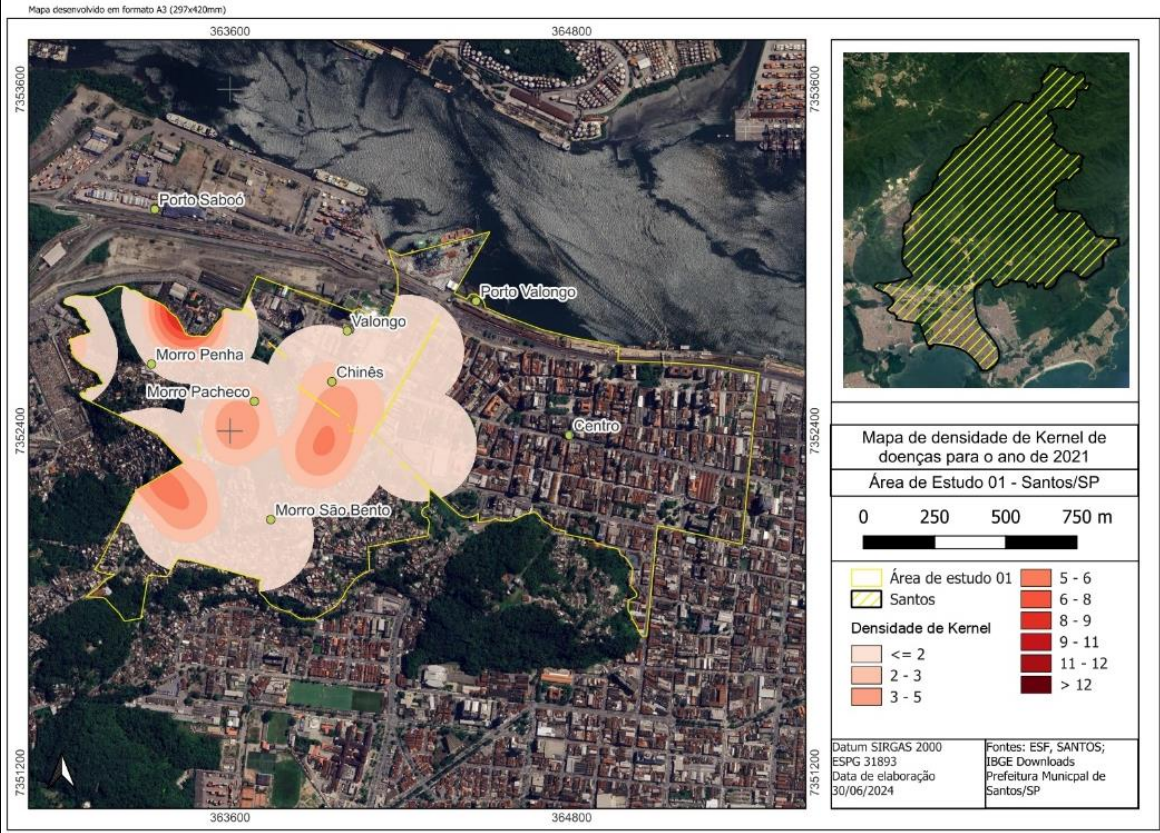
A densidade de Kernel mediu a concentração de casos, descritos a partir das figuras 2, 3 e 4, as quais demonstram que a maior incidência de doenças nos anos de 2020, 2021 e 2022 ocorreram em áreas mais densamente povoadas, como: Morro São Bento, Centro e o Morro Chinês.

Figura 2 - Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2020.



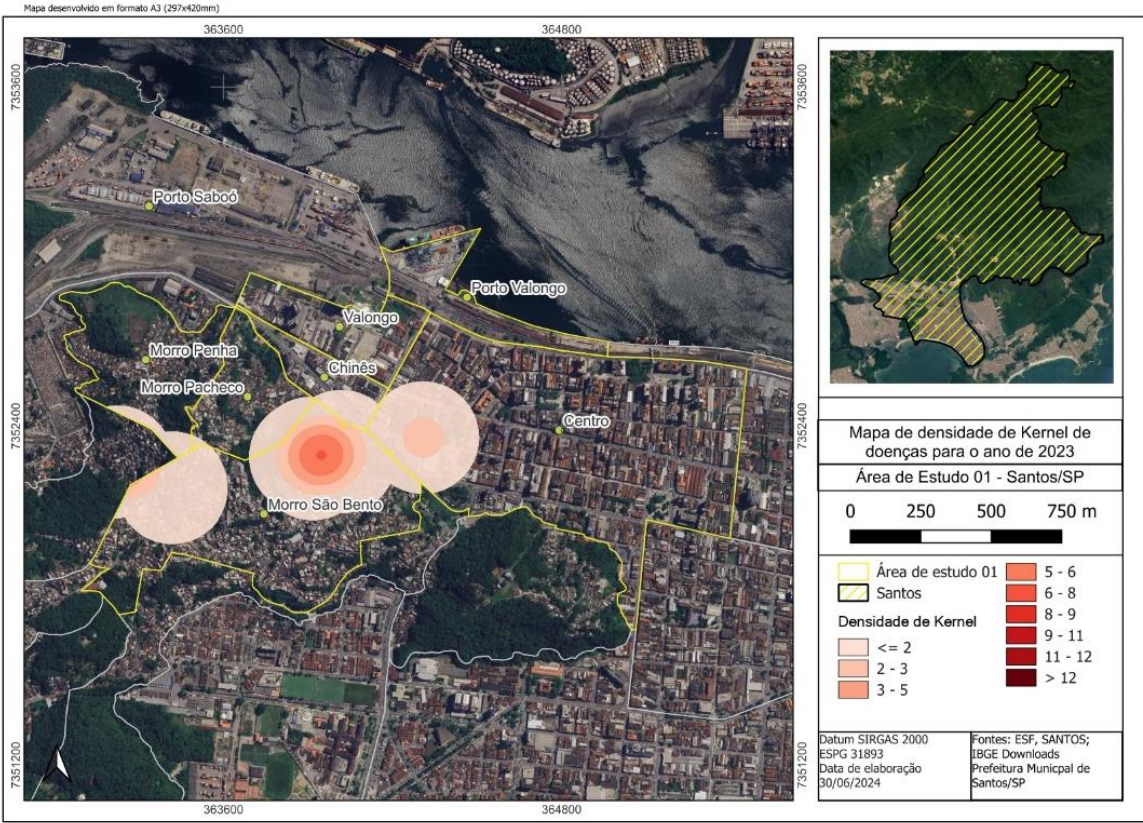
Fonte: Google Earth Pro

Figura 3 - Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2021.



Fonte: Google Earth Pro

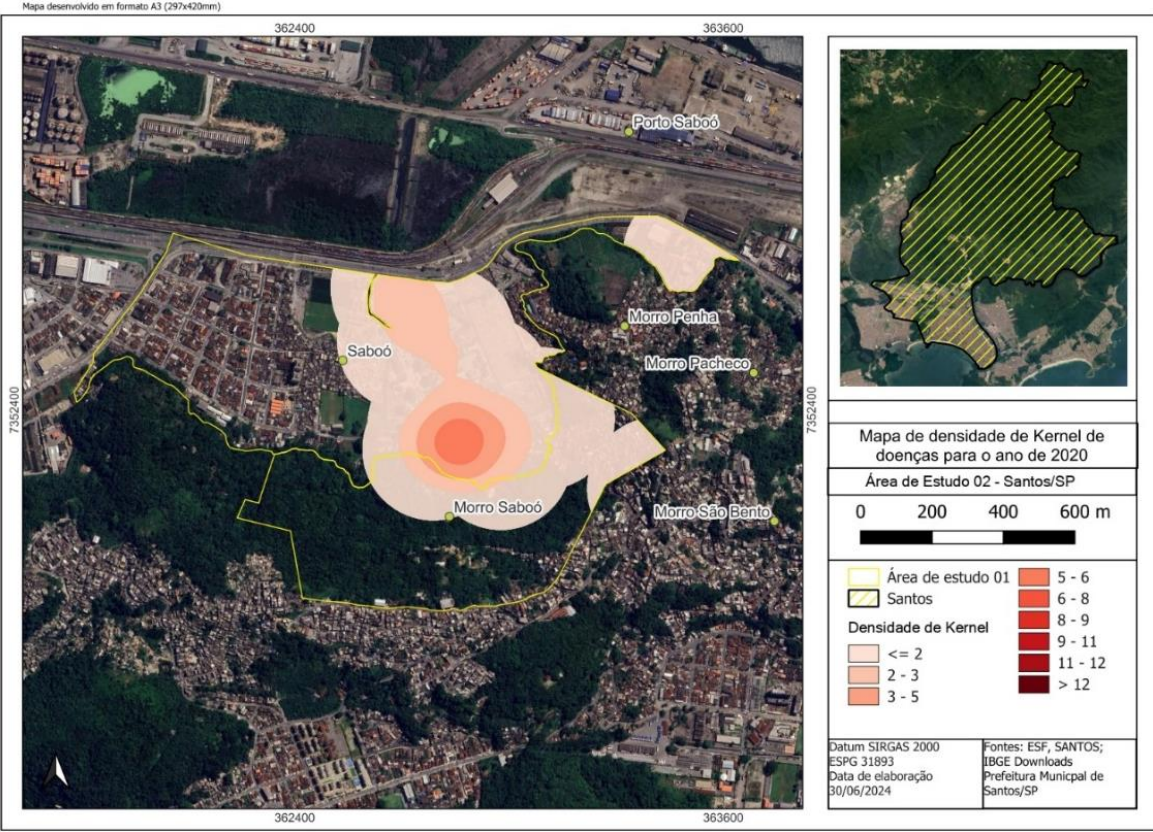
Figura 5 - Mapa de incidência dos agravos da Área 1 do ano 2023.



Fonte: Google Earth Pro

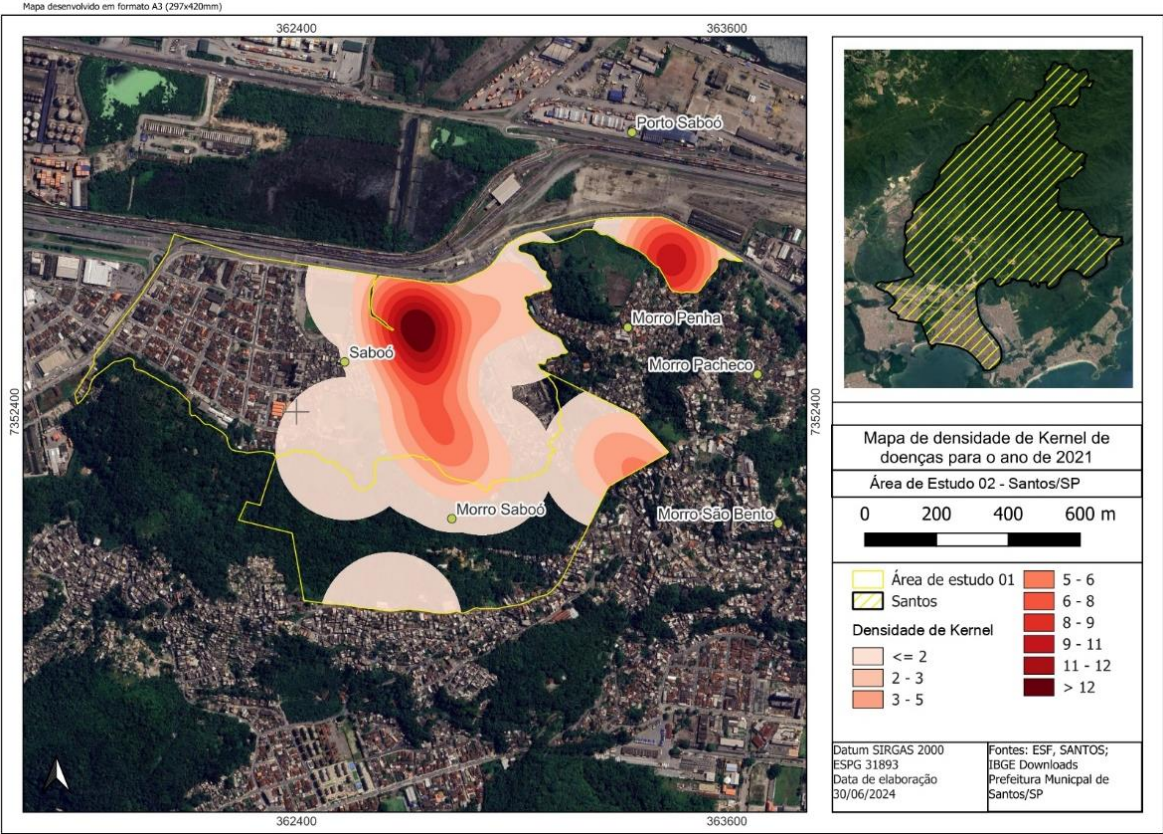
As figuras 6,7,8,9 demonstram a maior distribuição de casos no Saboó em todos os anos analisados. A maior incidência no Morro da Penha 2021 e Morro Saboó ocorreu no ano de 2023.

Figura 6 - Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2020.



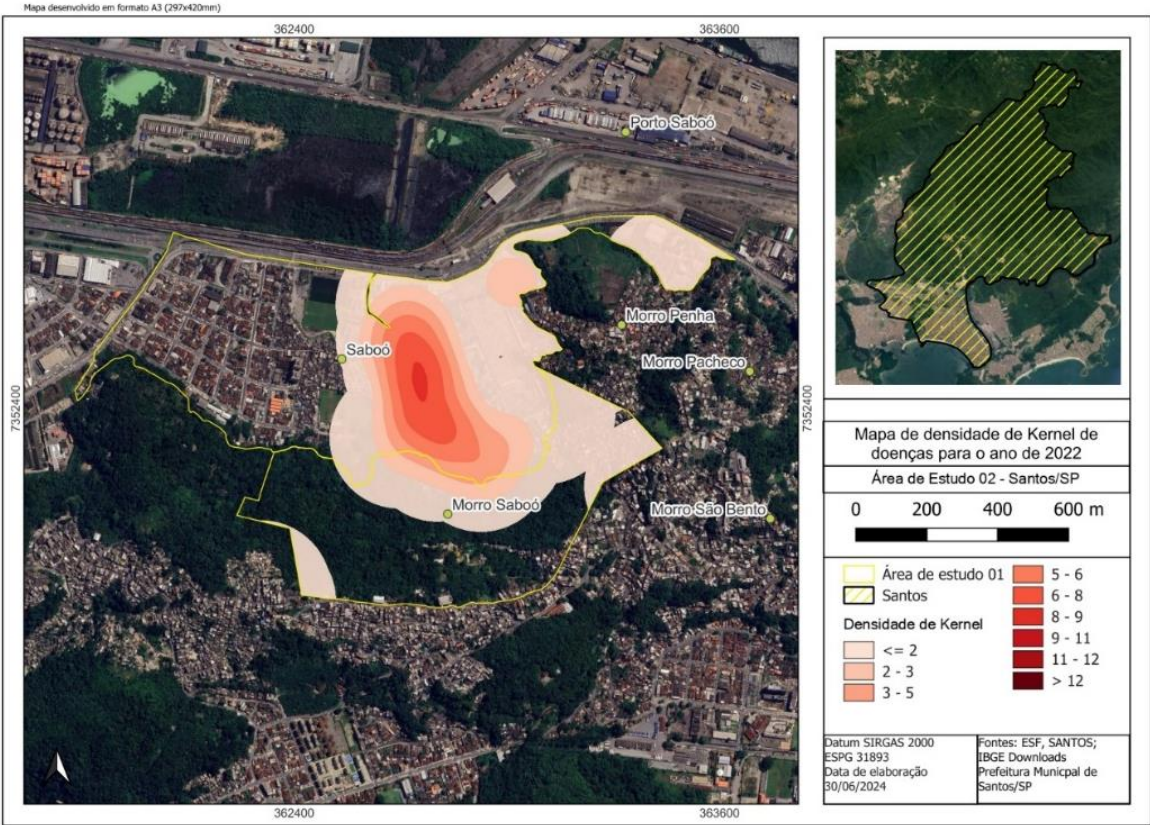
Fonte: Google Earth Pro

Figura 7 - Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2021.



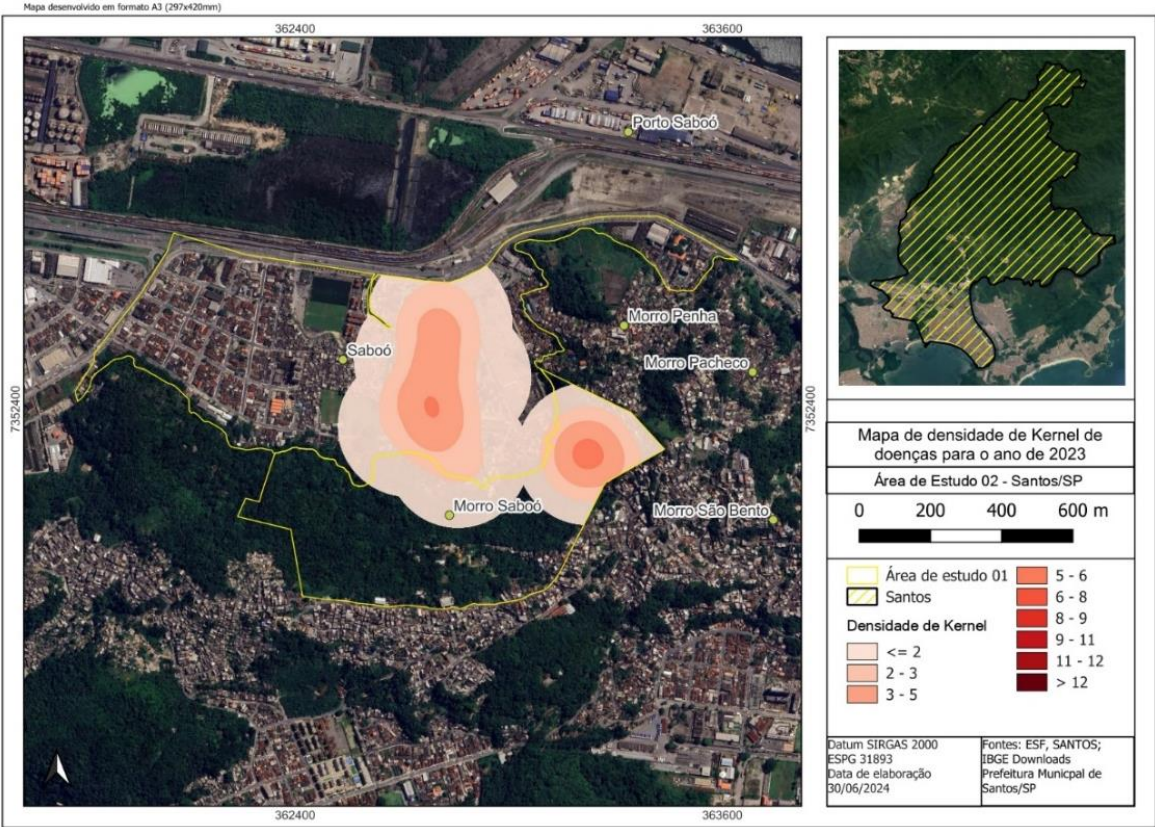
Fonte: Google Earth Pro

Figura 8 - Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2022.



Fonte: Google Earth Pro

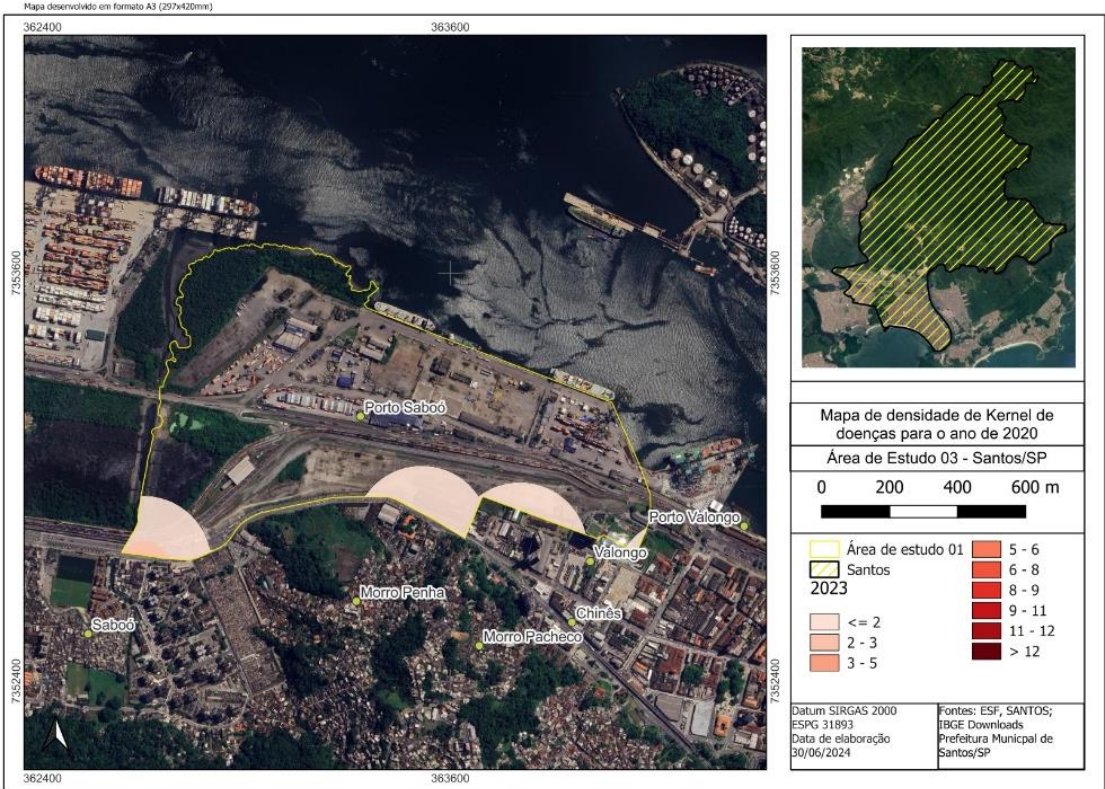
Figura 9 - Mapa de incidência dos agravos da Área 2 do ano 2023.



Fonte: Google Earth Pro

As figuras 10, 11,12 e 13 identificaram baixa incidência dos agravos no território na área portuária.

Figura 10 - Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2020.



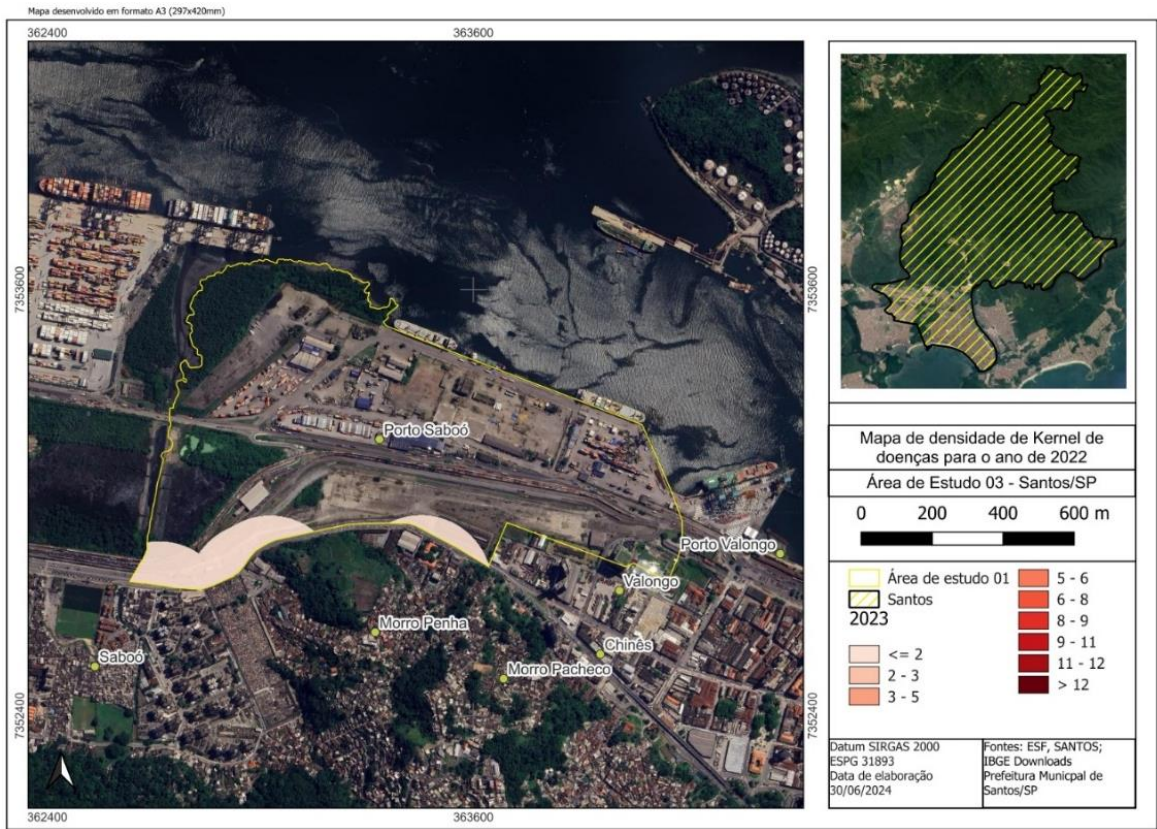
Fonte: Google Earth Pro

Figura 11 - Mapa de Incidência dos agravos da área 3 do ano 2021.



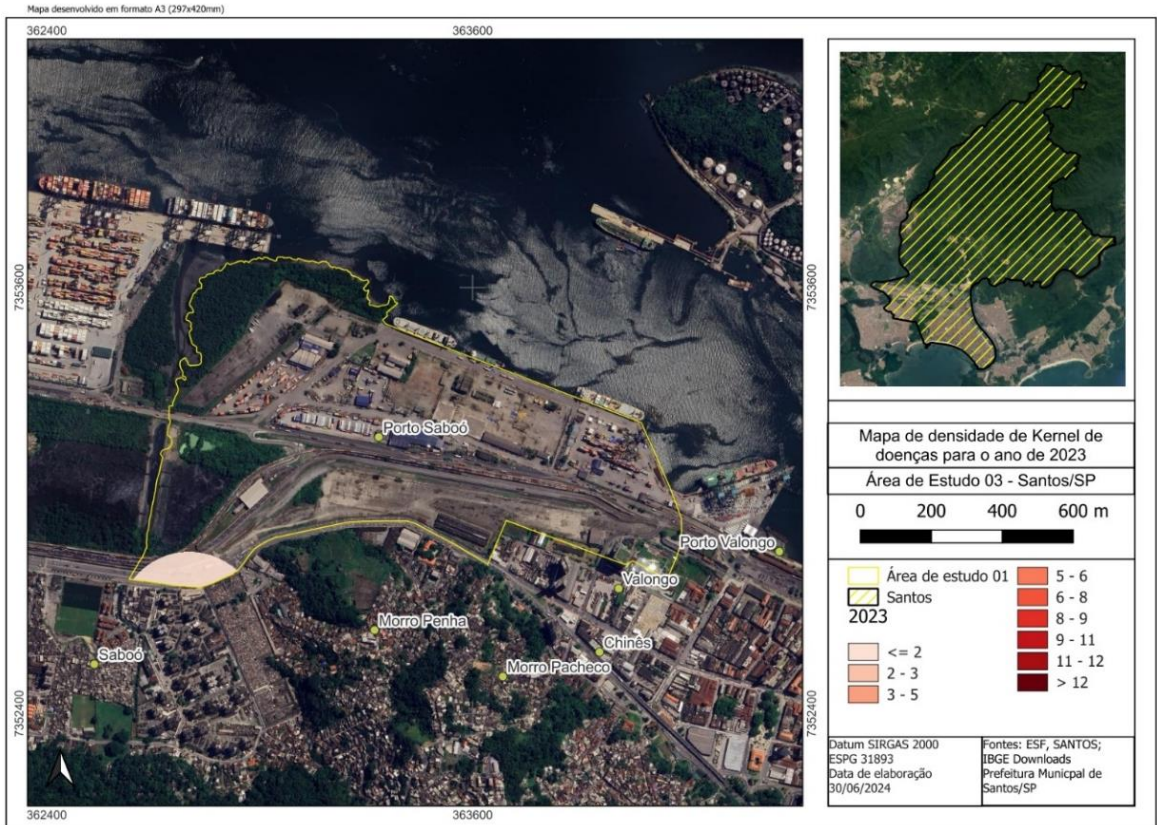
Fonte: Google Earth Pro

Figura 12- Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano de 2022.



Fonte: Google Earth Pro

Figura 13 - Mapa de incidência dos agravos da Área 3 do ano 2023



Fonte: Google Earth Pro

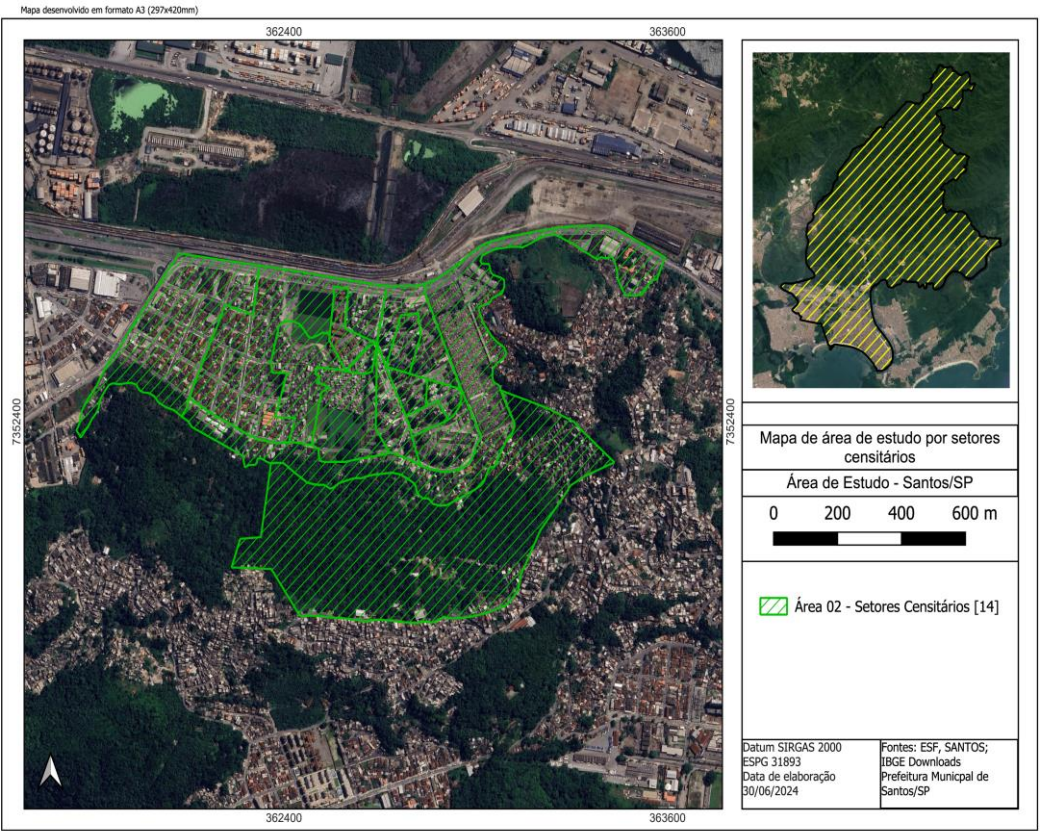
Para a pesquisa analisada, houve dois setores que não reportaram informações, ou seja, 5,13% do território da Unidade de Saúde não registra dados em saúde. As estruturas territoriais da área 03 (Figura 16) não apresentaram taxa de ocorrência, tendo em vista que o setor possui características relacionadas às atividades profissionais, não registrando domicílio de residência permanente (figuras 14, 15 e 17).

Figura 14 - Mapa de área de estudos por setores censitários da Área 1.



Fonte: Google Earth Pro

Figura 15 - Mapa de área de estudos por setores censitários da Área 2.



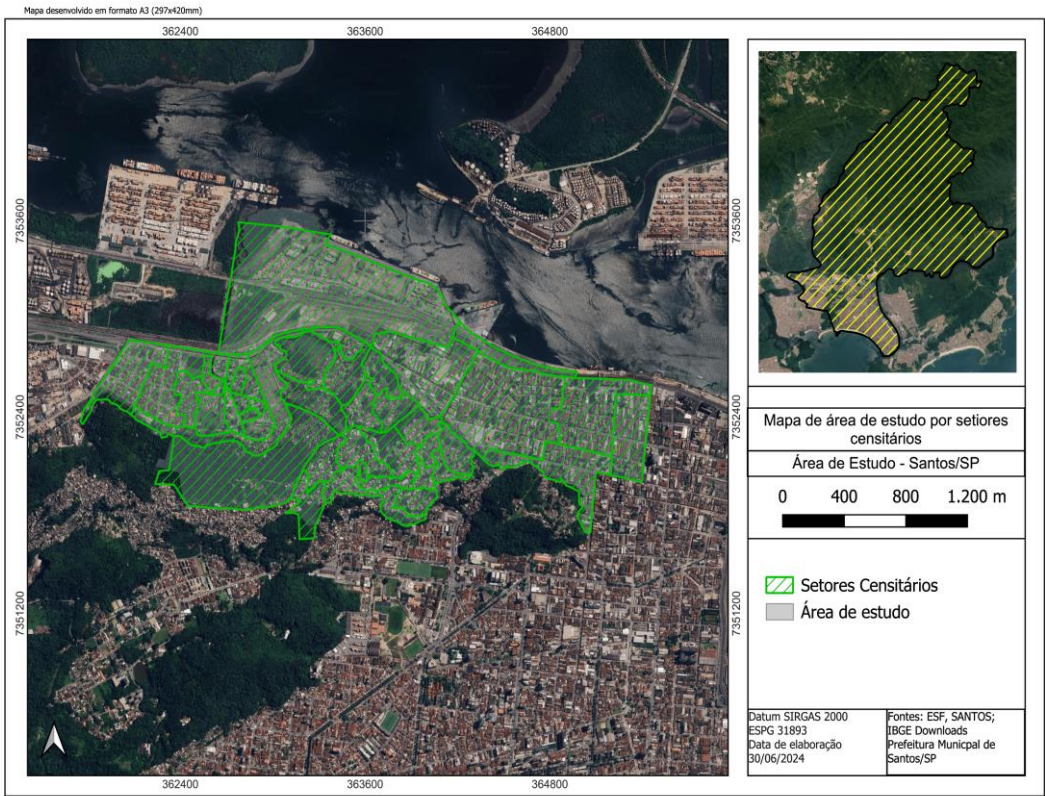
Fonte: Google Earth Pro

Figura 16 - Mapa de área de estudos censitários da Área 3.



Fonte: Google Earth Pro

Figura 17 - Mapa de área de estudos por setores censitários.



Fonte: Google Earth Pro

Nesse sentido, para os setores analisados, foi aplicada a taxa anualizada de 2010 – 2022, que registrou variação negativa anual de 0,016% ao ano, a mesma que foi observada para o município de Santos para mesmo período de análise. A aplicação desses valores resultou em taxa intervalar de 0,998% para o período.

Os dados da taxa de ocorrência para período de análise podem ser observados através do Quadro 1. A área 02 apresenta valores superiores à área 01 para os períodos de 2021, 2022 e 2023. Destaca-se especialmente os valores registrados para o período de 2021, onde, conforme base de dados coletada, houve 48 ocorrências registradas, o que culminou em uma taxa de 0,421% para o período. Os demais valores podem ser observados através do Quadro de população e taxa de ocorrência para período de análise

Quadro 1 - Quadro de população e taxa de ocorrência para período de análise.

População / Taxa de Ocorrência		Área 01	Área 02	Área 03	Total
		12.194	11.396	NA	23.590
2020	Casos registrados	17	14	NA	31
	TX de Ocorrência	0,139%	0,123%	-	0,131%
2021	Casos registrados	23	48	NA	71
	TX de Ocorrência	0,189%	0,421%	-	0,301%
2022	Casos registrados	16	24	NA	40
	TX de Ocorrência	0,131%	0,211%	-	0,170%
2023	Casos registrados	10	16	NA	26
	TX de Ocorrência	0,082%	0,140%	-	0,110%

Fonte: Própria

O mapeamento do território destacou pontos específicos para a construção do mapas temáticos apresentados, permitindo uma visualização clara das áreas de risco e podendo auxiliar na tomada de decisões para a alocação de recursos e estratégias de intervenção. Esses pontos foram identificados através dos dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Georreferenciamento de pontos do território pertencente à USF.

Variáveis georreferenciadas	Equipe Amarela	Equipe Azul	Equipe Verde	Total
Ruas e travessas	3	14	54	71
Pontos de risco	0	10	3	13
Equipamentos sociais	0	3	3	6
Famílias com cadastro do e-SUS	923	938	871	2732
Casas desocupadas	0	17	0	17

Fonte: Baseado no Programa de RMSC – URCA³¹.

Os fatores determinantes para a saúde, considerados como pontos de risco, incluem áreas de tráfico, risco de deslizamento e cortiços – estes por serem uma forma de habitação coletiva com condições de moradia precárias. As regiões de perigo territorial apresentam alta incidência de arboviroses, focos de dengue e presença de animais vetores de doenças, que desempenham um papel significativo na compreensão da propagação das doenças, conforme apresentada na tabela 2.

Nesse sentido, as sentinelas de risco foram avaliadas do ponto de vista tanto de sua relevância epidemiológica e sanitária quanto pelo potencial de impacto na dinâmica familiar^{30,33}. Após a identificação delas, foram atribuídos escores de risco (pontuações) para cada uma delas com base na ponderação da relevância que possuem no manejo das famílias que moram em territórios considerados de risco.

Tabela 3 - Estratificação de risco familiar conforme a Escala de Risco Familiar.

Escore de Risco		Famílias (%)	Usuários
Escore Inferior a 5	Sem risco	(93,4%)	2554
Escore 5 ou 6 R1	R1	(4,2%)	116
Escore 7 ou 8 R2	R2	(0,6%)	19
Escore 9 ou maior R3	R3	(1,5%)	43
Total		(99,7%)	2732

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 3, nota-se que 93,4% das famílias são classificadas como *sem risco*. As famílias em classificação de risco (R1, R2, R3) somam um percentual reduzido das famílias sob riscos significativos (cerca de 6,3%), se comparado à amostra de famílias consideradas como de risco máximo 3 (risco máximo), que requerem maior atenção dos profissionais de saúde, demandando um maior número de visitas domiciliares e ações curativas. Esses riscos estão interconectados, assumindo significados simbólicos nas experiências dos grupos sociais. O índice de saúde do território e a abordagem de risco familiar considerou múltiplas relações de causalidade e determinação social²⁹.

Nota-se, na tabela 4, que a equipe da azul identifica um maior número de famílias em alto risco, necessitando de intervenções específicas, pois o território se localiza em áreas de risco, com saneamento precário e moradias em locais inadequados.

Tabela 4 - Vulnerabilidade social das famílias dos territórios pertencentes à USF por equipe. Santos-SP.

Vulnerabilidade familiar	Equipe amarela	Equipe Azul	Equipe Verde	Total	% Total
Famílias sem risco	916	854	784	2554	93,4
Famílias com baixo risco	5	32	79	116	4,2
Famílias com médio risco	0	15	4	19	0,6
Famílias com alto risco	2	37	4	43	1,5
Total de famílias	923	938	871	2732	100

Fonte: Baseado no Programa de RMSC – URCA³¹.

Por outro lado, a Área 02 atende famílias de baixo risco; assim, a vigilância desse grupo permite detectar os agravos em fase inicial. Para tanto, a atenção contínua possibilita a identificação das necessidades e oferece suporte adequado, incluindo orientações sobre riscos ambientais, cuidados relacionados a doenças negligenciadas, infecciosas, arboviroses, doenças sexualmente transmissíveis, vacinação e exames de rotina. A vigilância também possibilita ações de promoção da saúde, incentivando práticas positivas e reduzindo riscos.

O índice de saúde do território (ISATE) estabeleceu uma escala de vigilância em saúde de acordo com o grau de risco das microáreas. O resultado do indicador apontou os seguintes escores: equipe azul (94), equipe verde(90) e equipe amarela(7). A área 1 corresponde ao território que oferece maior risco em saúde para a população.

A distribuição espacial da ocorrência dos casos analisadas pelo método de Kernel mostra áreas com maior potencial de transmissão nas regiões 1 e 2, ao passo que o volume de casos influencia diretamente na ocorrência de novos casos (transmissão pessoa a pessoa)²². Além disso, a análise instrumentalizada identificou, nas áreas 1 e 2, focos dos agravos, reconhecendo-as como zonas de transmissão continuada. Explicita-se que a área 2 apresentou maior incidência de casos notificados, enquanto a área 1 obteve um escore ISATE mais elevado, indicando um maior risco de adoecimento pelo território. Essa regiões são cruciais para identificar padrões nos agravos, permitindo a implementação de ações estratégicas de prevenção da transmissão e contribuindo para um melhor direcionamento de ações.

5.6 Discussão

Neste estudo, o processo de territorialização com uso do georreferenciamento e da estratificação de vulnerabilidade social familiar de casos da Agenda 2030 demonstrou que a saúde, no âmbito coletivo, está intrinsicamente ligada às questões ambientais. Esse vínculo caracteriza a situação à qual a população está exposta, bem como as intervenções sociais diante de problemáticas, uma vez que se compreende o processo saúde-doença em nível individual e populacional.

Durante o processo de territorialização, identificou-se pontos de risco que representam situações de maior vulnerabilidade para a comunidade, como esgoto a céu aberto, terrenos baldios e casas abandonadas. Esses locais configuram problemas de segurança e saúde pública, pois podem servir como depósito de entulho e lixo e, conseqüentemente, resultar em acúmulo de água parada e possíveis criadouros para mosquitos – incluindo o *Aedes aegypti*, transmissor de arboviroses como dengue, zika, chikungunya e febre amarela^{31,34}. A poluição e a urbanização mal planejada nos morros podem alterar os ecossistemas locais, afetando tanto o meio ambiente quanto os moradores^{31,35}. Observou-se, ainda, que há uma tendência de crescimento na concentração de casos em áreas próximas a matas. Além disso, foi identificado a tímida presença de equipamentos sociais nos morros demandando, então, uma atenção por parte dos gestores com o plano diretor do município para ampliação desses serviços³⁶.

Considerando a vulnerabilidade familiar, há importante parcela da população que se encontra na faixa sem risco. Esse dado alerta para a possível subnotificação da população, possivelmente relacionada ao período de análise e às condições sanitárias que impediram as visitas dos agentes comunitários. Reforça-se que, a partir dos dados, as equipes de saúde podem direcionar o cuidado as ações preventivas e norteadoras que visem à busca ativa de casos e vigilância em saúde, uma vez que, epidemiologicamente, está classificada como *sem risco*.

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de ampliar a integração das informações de vigilância com dados geográficos²², seguindo assim, as recomendações da Agenda Global. Para isso, a utilização de Sistema de

Informação Geográfica para análise da incidência mostrou-se adequada para identificar áreas sob maior risco e monitorar os agravos.

O uso de técnicas de geoprocessamento ainda é incipiente na análise de indicadores de saúde³⁸. Ainda assim, optou-se por essa ferramenta para identificar a sobreposição de doenças e propagação dos agravos estudados, visto que a ferramenta também busca facilitar não só articulação, mas também a visualização dos equipamentos disponíveis na rede de serviços.

Para tanto, a incorporação de dados deve considerar dados compartilhados por trabalhadores da unidade de saúde obtidas por meio de visitas. Essa abordagem foi identificada como prioritária; porém, alguns agravos não estão incluídos em indicadores específicos, o que dificulta a análise precisa dos informações³⁹ – sendo importante destacar que a coleta de dados confiáveis e acessíveis contribui para os programas de DTN.

O diagnóstico situacional do território indica presença de doenças infecciosas e transmissíveis com alto potencial de propagação. Essas doenças foram consideradas como um indicador específico na pesquisa, pois seu fator desencadeante é a vulnerabilidade, reconhecendo que a desigualdade social influencia diretamente esses grupos. Nesse sentido, é essencial que os agentes de endemias atuem junto as unidades de saúde para tornar o monitoramento mais eficaz.

Durante o período analisado (2020-2023), a incidência variou e pode estar associada a fatores socioeconômicos, acesso à saúde e políticas públicas. Observou-se, ainda, o aumento da incidência dos agravos em regiões com casas desocupadas e áreas em processo de ocupação³⁷. Nos demais casos, houve estabilidade. O índice de saúde do território (ISATE) possibilitou a estratificação de risco em saúde do território considerando pontos específicos, sendo uma ferramenta relevante na territorialização. A soma dos escores de características sociodemográficas, Escala de Coelho-Savassi e pontos de risco, abarca elementos importantes na compreensão do processo saúde-doença.

Os morros fazem parte da área de abrangência e são caracterizados por moradias que enfrentam desafios de infraestrutura, com acesso limitado a serviços básicos e menor disponibilidade de transporte público, além de estarem mais expostos

a riscos naturais. Os agravos apresentaram crescimento em áreas de morros, próximo as matas, sendo crucial avançar em direção à interrupção completa da transmissão, aplicando abordagens de intervenção que permitam a identificação e o tratamento dos casos.

Os estudos divergem sobre a forma como a Agenda Global é aplicada às metas nacionais. Um fator de crítica é a padronização dos objetivos e a condução de estratégias que atendam às demandas emergentes, podendo negligenciar as necessidades do território no planejamento, focando em ações que atendam às demandas hierarquizadas⁴¹.

Com as pactuações efetuadas, as agendas globais mobilizam os países a assumirem compromissos que envolvem aspectos sociais, econômicos e ambientais, os quais democraticamente se materializam na descentralização do serviço e da ampliação de programas de prevenção e combate dos agravos. O planejamento centrado nas necessidades territoriais oferece, portanto, oportunidades para promover mudanças, incorporar as potencialidades do modelo assistencial e dar visibilidade às pessoas que enfrentam estigmas e incompreensão de suas necessidades como segmento populacional⁴⁰.

As abordagens de mapeamento de risco são essenciais para compreender a distribuição potencial de doenças e alinhar as equipes de Atenção Primária à Saúde sobre a sua responsabilidade sumária na notificação e diagnósticos desses agravos, uma vez que o controle de vetores é fundamental para a prevenção e a contenção da transmissão de doenças, sendo amplamente junto à imunização. Em essência, as ferramentas de diagnóstico impulsionam os esforços de monitoramento e avaliação, o que são vitais para documentar o impacto das intervenções.

O trabalho da vigilância em saúde exige ações intersetoriais. Essa prática visa ir além da assistência à saúde, focando na prevenção de agravos e evitando, assim, a experiência do adoecimento. Portanto, através desse mapeamento, estimou-se a exposição a que os grupos populacionais estão submetidos. Ao aprofundar o conhecimento das distintas realidades das microáreas, o planejamento e gestão dos serviços de saúde oferecidos à população, alinha-se melhor à sua realidade.

A utilização do geoprocessamento como instrumento para a equipe de saúde na integração de informações de interesse para saúde, e os mapas temáticos, alimentados pela base de informações internas, podem auxiliar os gestores e as equipes de saúde na administração dos dados territoriais e no planejamento de ações de saúde. Isso porque permitem atualizações constantes dos dados, além de propiciar a manipulação e a análise das informações geradas.

Este estudo apresentou como limitação de pesquisa a subnotificação de agravos e avaliação de risco familiar, além da indisponibilidade do censo- IBGE 2020, o que exigiu a utilização do censo 2010 para estimar a amostra. As dificuldades na localização dos endereços ocorreram devido aos dados desatualizados da população residente. À vista do exposto, os dados reforçam a importância de ações de intervenção relativas à prevenção, diagnóstico e ao tratamento, destacando a Atenção Primária à Saúde como equipamento crucial na identificação e prognóstico dos agravos da Agenda 2030, devido ao seu alto potencial de transmissão. É fundamental explorar novas abordagens e incorporar variáveis, como equipamentos sociais, para auxiliar na referência/contrarreferência e na participação social.

5.7 Conclusão

O uso do georreferenciamento para descrever o processo de territorialização em estratificação de vulnerabilidade social familiar auxiliou na visualização dos casos, identificando as áreas de maior concentração associadas ao risco social e à alta densidade populacional. As áreas com maior escore de vulnerabilidade familiar estão relacionados aos agravos estudados, com fatores de risco identificados como residências abandonadas, áreas com risco de deslizamento, presença de lixo e de violência urbana. Observou-se, ainda, uma tendência de aumento de incidência de doenças em áreas próximas a matas e ocupações irregulares. O Índice de Saúde do território é apresentado como uma ferramenta de apoio na territorialização.

5.8 Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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). *Diário Oficial da União* 2017; 24 set.
3. Oliver FC, Aoki M, Tissi MC, Nicolau SM. Reabilitação com ênfase no território: Jardim D'Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. *Rev Ter Ocupac Univ São Paulo* 2003; 14(3):141-146.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM 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). *Diário Oficial da União* 2016; 20 abr.
5. Camargos MA, Oliver FC. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(123): 1259-1269.
6. Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia* 2013; 6(16):131-147.
7. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Soc* 2012; 21(3):572-586.
8. Monken M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

9. *Plataforma Agenda 2030: acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil*. [acessado 2019 mar 15]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>.
10. Moreira MR, Kastrup É, Ribeiro JM, Carvalho AI, Braga AP. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS. *Saúde Debate*. 2019; 43:22-35.
11. Chalgaf B, Chemkhi J, Mayala B. Ecological niche modeling predicting the potential distribution of Leishmania vectors in the Mediterranean basin: impact of climate change. *Parasit Vectors* 2018; 11(1):461.
12. Tamayo LD, Guhl F, Vallejo GA, Ramírez JD. The effect of temperature increase on the development of Rhodnius prolixus and the course of Trypanosoma cruzi metacyclogenesis. *PLoS Negl Trop Dis* 2018; 12(8):e0006735.
13. Oliveira RG. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda da saúde global: o lugar de populações e territórios. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(7):2291-2302.
14. Morel CM, Serruya SJ, Penna GO, Guimarães R. Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2009; 3(8):e501.
15. Santos SM, Barcellos C, organizadores. *Abordagens espaciais na saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Curson P. Geography, epidemiology and human health. In: Clarke JI, editor. *Geography and population*. Oxford: Pergamon Press; 1986. p. 93-101.
17. Carmo BB, Matos MIS. Um “Porto Maldito”: epidemias, cotidiano e medo: Santos (1880 – 1900). *Rev Hist* 2022; (181):a02021.
18. Barros MF, Carriço JM. Esvaziamento e transformação morfológica da área central de Santos/SP: gênese e perspectivas. *Urbe Rev Bras Gest Urbana* 2019; 11:e20180100.
19. Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(1):59-70.

20. Oliver FC, Aoki M, Nicolau SM. Pessoas com deficiências e participação na vida social: a emergência de um campo de atenção em saúde. In: *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006; Rio de Janeiro, RJ.
21. Ibiapina É, Bernardes A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. *Saude Soc* 2019; 28(1):322-336.
22. Câmara G, Carvalho MS. Análise espacial de eventos. In: Druck S, Carvalho MS, Câmara G, Monteiro AMV, editores. *Análise espacial de dados geográficos*. Brasília: Embrapa; 2004.
23. Bailey TC, Gatrell AC. *Interactive spatial data analysis*. Essex: Longman; 1995.
24. IBGE. Setor Censitário [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023 [citado 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/por-tema/geografia/19392-setor-censitario.html>
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):200-202.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção de doenças negligenciadas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia de Vigilância em Saúde*. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
29. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2465-2472.
30. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2004; 1(2):19-26.

31. Calistro MO, Teixeira Y, Lacerda IRAS, Sousa SM, Agostinho Neto J, Duavy SMP, Brito Júnior FE. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(6):2141-2148.
32. Silva AS, Almeida VL, Franco, TLB, Oliveira F. Classificação do grau de risco de famílias na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS* 2014; 17(1):111-115.
33. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):179-185.
34. Tavares GG, Santos OP, Rosseto LP, Bernardes GD. Território e riscos ambientais: perfil da área de abrangência da ESF-Bairro de Lourdes, Anápolis-Goiás. *Hygeia* 2016; 13(23):81-99.
35. Botelho MHC. *Águas de chuva: engenharia das águas pluviais nas cidades*. 4th ed. São Paulo: Blucher; 2017.
36. Brasil. Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1979; 19 dez.
37. Silva TR, Costa AKAN, Alves KAN, Santos AN, Cota MF. Tendência temporal e distribuição espacial da dengue no Brasil. *Cogitare Enferm* 2022; 27:e84000.
38. Brunello MEF, Chiaravalloti Neto F, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):556-563.
39. Organização Mundial da Saúde. *Acabar com a negligência para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: um roteiro para as doenças tropicais negligenciadas 2021-2030*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.
40. Silveira IH, Oliveira BFA, Junger WL. Utilização do Google Maps para o georreferenciamento de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2010-2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26(4):881-891.
41. Mendes R, Nasciutti LE, Schwarz E, Gomes R, Dias HS, Neto FM, et al. A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia

para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. Saúde debate. 2024;48(nspe1):e8828. doi:10.1590/0103-11042024e8828

6 CAPÍTULO 2 – COMPARTILHANDO A GESTÃO: AUTOAVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À AGENDA 2030- UM ESTUDO TRANSVERSAL[‡]

6.1 Resumo

O cumprimento da agenda de saúde global tem-se apresentado como um desafio na saúde pública. A Atenção Primária à Saúde é estratégica na territorialização da saúde e auxilia estruturalmente as equipes da área na vigilância. Objetivou-se analisar a percepção dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a temática da gestão compartilhada, avaliação e monitoramentos de casos e doenças presentes Agenda 2030 e analisar o discurso da equipe de saúde bucal frente às demandas estabelecidas por essa agenda. Foi realizado estudo descritivo, com análises quanti-qualitativas, no qual foram aplicados questionários nos trabalhadores da saúde e realizadas entrevistas semiestruturadas. Concluiu-se que na percepção dos profissionais, a equipe de saúde atua sobre os agravos individualmente mas de forma desarticulada, e sobre a integralidade da equipe de saúde bucal em relação as metas 3.3 do objetivo de desenvolvimento sustentável são dificultadas pela alta demanda de atendimentos.

Palavras-chave: desenvolvimento sustentável; atenção primária à saúde; programas de autoavaliação; planejamento em saúde; equipe de saúde; regionalização da saúde.

6.2 Abstract

Compliance with the global health agenda has been a challenge in public health. Primary Health Care is strategic in the territorialization of health and structurally supports teams in the area in surveillance. The objective was to analyze the perception of professionals from Family Health teams on the theme of shared management, assessment and monitoring of cases and diseases present in the 2030 Agenda and to

[‡] Formatado de acordo com as normas da Revista *Concilium Journal*, que podem ser acessadas em <https://www.clium.org/index.php/edicoes/index>

analyze the discourse of the oral health team in relation to the demands established by this agenda. A descriptive study was carried out, with quantitative and qualitative analyses, in which questionnaires were applied to health workers and semi-structured interviews were conducted. It was concluded that in the professionals' perception, the health team acts on the diseases individually but in a disjointed manner, and the integrality of the oral health team in relation to target 3.3 of the sustainable development goal is hampered by the high demand for care.

Keywords: sustainable development; primary health care; self-evaluation programs; health planning; patient care team; regional health planning.

6.3 Introdução

A Agenda 2030, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), é um plano que se baseia na experiência adquirida com a Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigorada de 2000 a 2015 (Brasil, 2013; Nações Unidas-Brasil 2015) cabe ressaltar que, durante esse período, o Brasil se destacou no cumprimento das metas. Tal documento, que inclui o período de 2016 a 2030, é composto por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais se interligam e abarcam uma ampla gama de questões sociais, econômicas e ambientais (Nações Unidas - Brasil, 2015).

Para avaliação desses objetivos, a elaboração e o emprego de indicadores compostos por informações disponíveis e precisos são fundamentais para a tomada de decisões (Albuquerque; Martins, 2017; Catanante *et al.*, 2017). A regionalização tem a função de adaptar essas metas aos contextos locais e promover ações direcionadas e sustentáveis, considerando as particularidades de cada território para que o compromisso global seja fortalecido (Plataforma Agenda 2030, 2024).

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu o monitoramento e a avaliação como responsabilidade dos gestores e dos trabalhadores a partir de um modelo de financiamento que inclui a alocação de fundos estabelecido a partir do resultado da produtividade (Brasil, 2017; Sousa, 2018). A gestão e o monitoramento

na Atenção Primária à Saúde são aspectos primordiais para o êxito da Agenda 2030, que estabelece metas globais para o desenvolvimento sustentável.

Para isso, o processo de vigilância em questão exige colaboração ativa de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde envolvidos em todas as etapas do processo desde o planejamento até a avaliação (Carvalho *et al.*, 2012). Essas etapas não se sustentam se forem realizadas de forma isolada; ao contrário, devem integrar um ciclo contínuo de gestão em saúde, o qual deve abranger o delineamento, a implementação, a vigilância, a análise e a revisão das atividades e dos resultados com a finalidade de melhorar continuamente a eficiência desse sistema (Bertagnoli *et al.*, 2021).

Paralelamente aos métodos tradicionais, a gestão participativa proporciona a criação de ambientes de poder compartilhado, possibilitando aos entes envolvidos no processo de trabalho a oportunidade de participação ativa, acúmulo de conhecimento, tomada de decisões e engajamento com o processo e seus resultados. Esse modelo promove a construção coletiva do trabalho, contrapondo à verticalização tradicionalmente encontrada nas equipes e serviços de saúde (Brasil, 2009; Penedo; Gonçalves; Queluz, 2019).

A Agenda 2030 reconhece que o cuidado com a saúde requer vigilância e acompanhamento longitudinal dos compromissos firmados. Assim, a melhoria contínua dos indicadores, com maior desagregação e estratificação na população permite uma análise mais precisa e direcionada às necessidades (Martins *et al.*, 2022; Santos; Chinelli; Fonseca, 2022).

Portanto, a gestão e a vigilância construídas de modo territorializado na Atenção Primária à Saúde buscam a melhoria dos indicadores e a avaliação contínua das práticas de saúde para garantir a qualidade e a eficácia dos serviços desse setor. O estudo tem como objetivo avaliar a percepção dos profissionais da Atenção Primária sobre monitoramento, a avaliação e a gestão compartilhada no que se refere aos agravos destacados pela Agenda 2030, atendendo, então, à lacuna existente quanto à forma como a equipe regionalizada organiza seu processo de trabalho e como esse processo é avaliado por ela, bem como analisar o discurso da equipe de saúde bucal na atuação frente às demandas estabelecidas por essa agenda.

6.4 Metodologia

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa.

Local do Estudo

Unidade de Saúde da Família, localizado no município de Santos, no estado de São Paulo, Brasil.

Amostra do Estudo

Foram convidados profissionais da Atenção Primária à Saúde atuantes na Unidade de saúde da Família.

Coleta de dados

Inicialmente, foi aplicado um inquérito semiestruturado como instrumento de coleta de dados – baseado na Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica referente à segunda fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – para avaliar o monitoramento e a avaliação da gestão em saúde com os profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde direcionado às demandas da Agenda 2030.

Após essa etapa, foi realizada a análise do discurso com 2 cirurgiões-dentistas através de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente visando analisar a integração da equipe de saúde bucal vinculada à de saúde da família, observando o compartilhamento da gestão e o processo de trabalho dos munícipes acometidos pelos agravos presentes na Agenda 2030.

Para tanto, foi realizado um censo entre os profissionais da Unidade de Saúde(n=25), que foram convidados a participar da pesquisa. Este censo compreendeu: Agentes Comunitárias de Saúde; Chefe de Seção (chefia da Unidade de Saúde); Enfermeiro, auxiliar administrativo; técnica de enfermagem; auxiliar de saúde bucal; cirurgião-dentista; e membro da equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família responsável pela área da Unidade de Saúde.

Esse inquérito delineou a percepção dos profissionais de saúde sobre a monitoramento e capacidade de cogestão na Agenda 2030 (Campos, 2000). Para isso, o instrumento buscou analisar como a equipe de saúde planeja estratégias como acesso à atenção e à qualidade da organização do processo de trabalho (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012).

Análise de dados

Como parte dessa análise, foram geradas tabelas de frequência para cada variável categórica, exibindo a porcentagem para cada categoria. As variáveis de estudo incluíram sexo, idade, tempo de atuação na unidade, conhecimento sobre a Agenda 2030, planejamento dos cuidados aos agravos, gestão compartilhada, uso de sistemas de informação para monitoramento, uso de indicadores, planos de ação para melhoria dos resultados, uso de programas de controle e eliminação de doenças infecciosas, utilização de prontuários eletrônicos como instrumentos de gestão, discussão de resultados do monitoramento, envolvimento da comunidade redes sociais no planejamento, acompanhamento de casos de doenças transmissíveis, infecciosas e emergentes (ANEXO D).

Em seguida, foi realizada a análise de discurso através de definição do objeto do estudo, coleta de dados das entrevistas, contextualização do tema, identificação de temas e padrões, análise do conteúdo e interpretação dos resultados.

Critério de Elegibilidade

Foram convidados a participar os profissionais de saúde concursados em exercício. Foi estabelecido como critério de exclusão profissionais de férias ou afastados por motivos de saúde e o de inclusão.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética municipal da Escola de Saúde da Secretaria de Saúde de Santos-SP, número 6.501.527/2024, tendo como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 74123723.4.0000.0263. Os participantes da pesquisa participaram a partir do aceite do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.5 Resultados

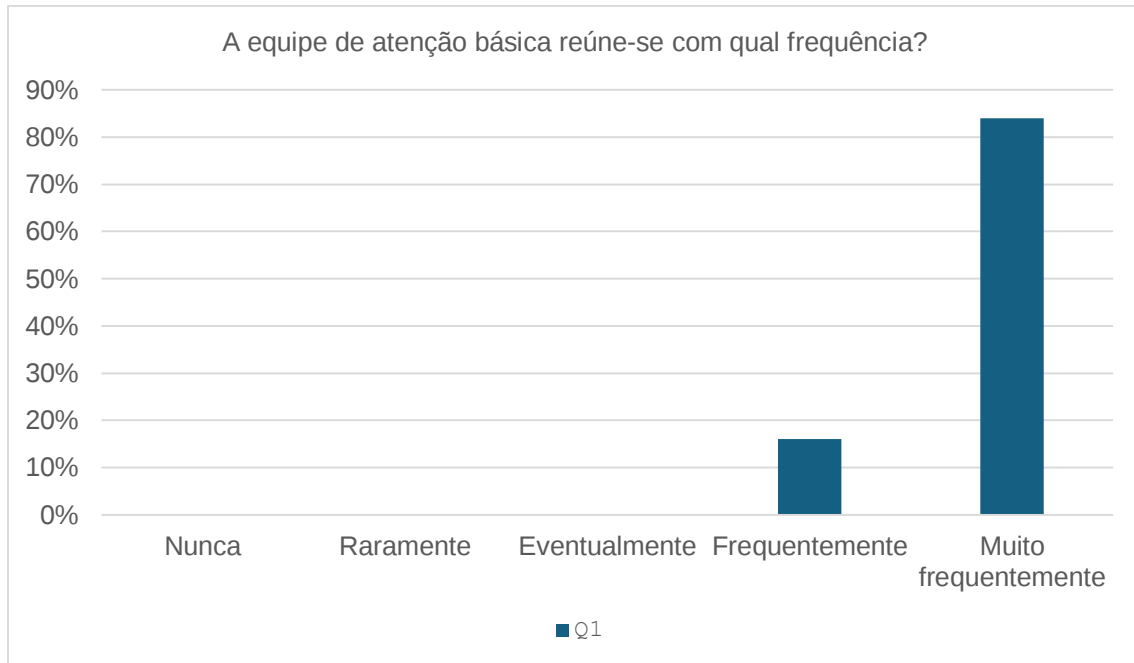
A tabela 1 a seguir apresenta os resultados das respostas dos profissionais da Atenção Primária.

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual das respostas dos profissionais da saúde sobre a Agenda 2030. Santos-SP.2024

Questões sobre a participação dos profissionais da saúde na atuação sobre:	DISCORDO TOTALMENTE			DISCORDO			NÃO CONCORDO E NEM DISCORDO			CONCORDO			CONCORDO TOTALMENTE			NÃO SEI RESPONDER		
	%	-	n	%	-	n	%	-	n	%	-	n	%	-	n	%	-	n
Planejamento dos cuidados-HIV	0		0	0		0	4		1	48		12	44		11	4		1
Planejamento dos cuidados- tuberculose	0		0	0		0	8		2	44		11	44		11	4		1
Planejamento dos cuidados – hepatite	0		0	0		0	16		4	60		15	24		6	0		0
Planejamento dos cuidados- arboviroses	0		0	0		0	20		5	56		14	24		6	0		0
Planejamento dos cuidados- raiva	0		0	0		0	4		1	64		16	8		2	24		6
Gestão compartilhada	0		0	0		0	12		3	60		15	24		6	4		1
Uso de sistemas de informações	0		0	4		1	0		0	52		13	24		6	20		5
Uso de indicadores	0		0	0		0	0		0	64		16	16		4	20		5
Colaboração entre atores sociais	0		0	0		0	12		3	60		15	0		0	28		7
Planeja ações para combate dos agravos	0		0	0		0	4		1	76		19	0		0	20		5
Planeja ações de prevenção, controle e tratamento	0		0	0		0	0		0	41.7		10	58.3		14	0		0
Envolvimento da comunidade	0		0	0		0	20		5	60		5	12		3	8		2
Vigilância de doenças	0		0	48		12	12		3	20		5	0		0	20		5
Emergentes/infecciosas/transmissíveis	0		0	0		0	0		0	52		13	48		12	0		0

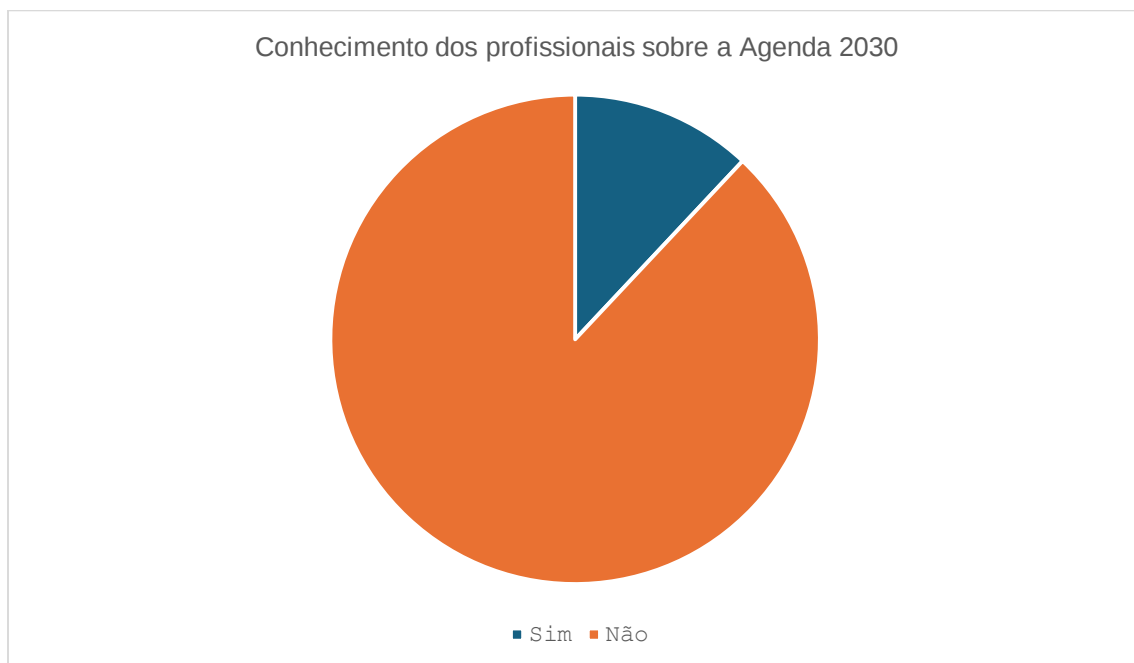
Fonte: Própria

Gráfico 1- Distribuição percentual segundo a percepção dos profissionais sobre os processos organizacionais da Atenção Primária em relação a Agenda 2030-Q1. Santos, Brasil. 2023



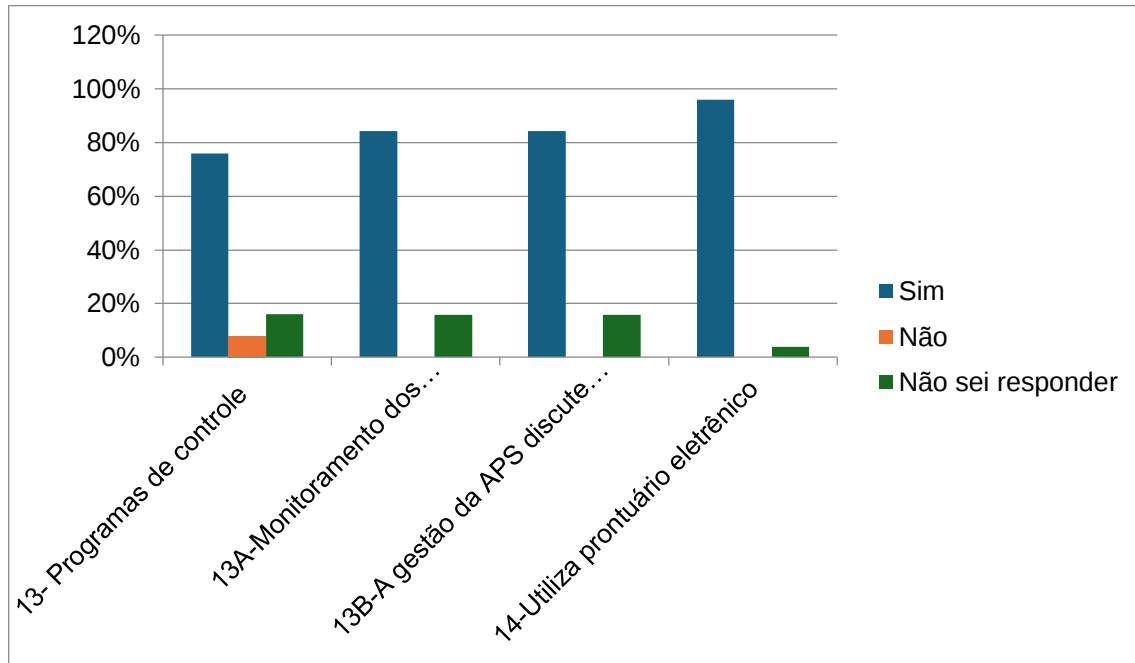
Fonte:Própria

Gráfico 2: Distribuição percentual sobre o conhecimento das equipes de saúde sobre a Agenda 2030. Santos, Brasil, 2023.



Fonte:Própria

Gráfico 3: Distribuição percentual segundo a percepção dos profissionais sobre os processos organizacionais da Atenção Primária em relação a Agenda 2030, de acordo com o questionário aplicado. Santos, Brasil. 2023



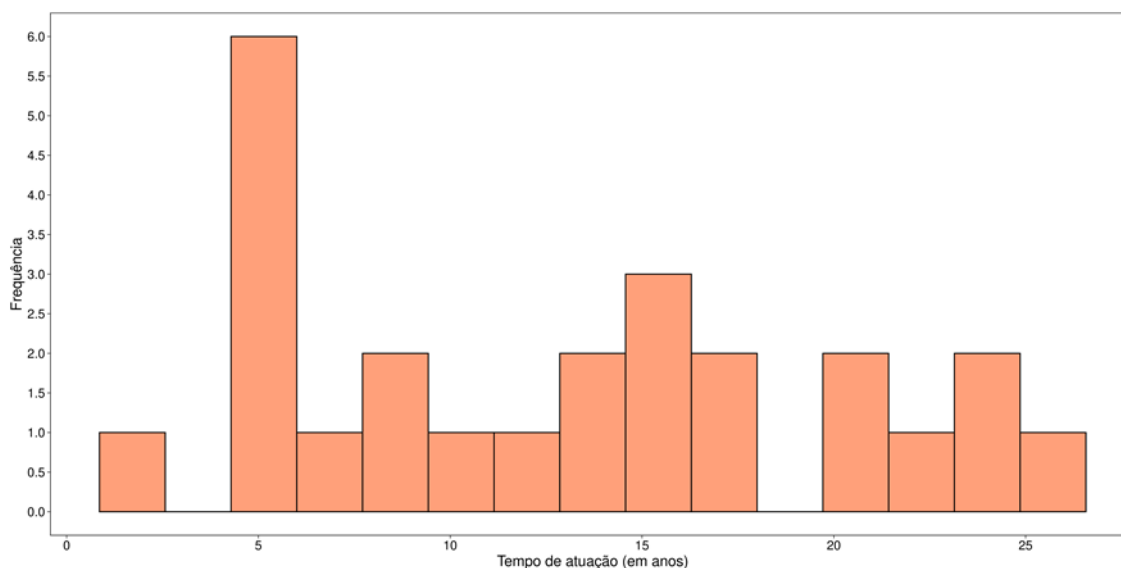
Fonte:Própria

Tabela 2- Associação entre as variáveis “idade, tempo de atuação profissional e tempo de atuação na Unidade de Saúde”, em um serviço de APS de Santos, São Paulo, Brasil

Variável	N	Média	DP	LI	LS	Mínimo	1Quartil	Mediana	3Quartil	Máximo
Idade	25	45,9	12,0	41,2	50,6	27	36	53	55	64
Tempo de atuação (em anos)	25	13,2	7,0	10,4	15,9	1	6	14	18	25
Atuação na Unidade (em anos)	25	10,4	7,4	7,4	13,3	1	5	6	17	25

Fonte: Própria

Gráfico 4- Distribuição absoluta do tempo de atuação dos profissionais na Unidade de Saúde. Santos, Brasil. 2023



Fonte: Própria

A tabela 1 apresenta os resultados sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre sua atuação no monitoramento e na qualificação do cuidado dos agravos da Agenda 2030.

No gráfico 1, observa-se que 16% responderam “Frequentemente”, enquanto 84% responderam “Muito frequentemente”. Ninguém da amostra selecionou as outras opções de resposta.

Verifica-se que, no gráfico 2, 88% dos profissionais não têm conhecimento sobre a Agenda 2030, o que identifica a necessidade de alinhamento entre a equipe às metas do programa. A equipe de saúde entende que atende e presta cuidado aos agravos citados, tendo, como destaque desse cuidado, a tuberculose e o HIV. Além disso, 60% da equipe avalia que há planejamento, prevenção, controle e tratamento com base nas doenças mais prevalentes de seu território. No gráfico 3, os profissionais de saúde avaliam que há inclusão de programas e eliminação de doenças infecciosas, uso de prontuários e planejamento de ações de prevenção, controle e tratamento com as doenças mais prevalentes do território, na estratégia de ação das equipes de saúde.

O gráfico 4 ilustra que há maior concentração de profissionais com 5 anos de atuação e profissionais com tempo próximo a 15 anos. Os profissionais com menos

tempo de atuação na unidade tiveram respostas que tendiam para o desconhecimento da pergunta e do fluxo da unidade, ou que discordam; esse dado pode estar relacionado ao menor tempo de atuação e ao alinhamento com a equipe. Além disso, observa-se que o tempo médio de atuação dos profissionais é de 13 anos, sendo 25% da amostra com menos de 6 anos e 75% menos que 18 anos.

A análise dos dados demonstrou que os profissionais atuantes na unidade de saúde com mais tempo apresentam respostas mais positivas às questões, podendo indicar que a experiência e a confiança aumentam com o tempo. Concomitantemente, a idade e o tempo de atuação na unidade de saúde estão relacionados às respostas dos profissionais, entendendo que a adaptação e a integração na unidade influenciam suas opiniões e seus comportamentos.

Sobre o planejamento compartilhado, 48% dos trabalhadores discordam que haja envolvimento da comunidade e das redes sociais no planejamento e no controle dos agravos. No entanto, responderam positivamente ao acompanhamento de doenças transmissíveis, infecciosas e emergentes.

Integração da Saúde Bucal na Agenda 2030

Na segunda etapa da pesquisa, foi realizada uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa. Foram entrevistados dois cirurgiões-dentistas sendo aplicados a análise do discurso para analisar como a equipe de saúde bucal situa a Agenda 2030 em sua rotina, agendamentos e acolhimento. As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e tarde, individualmente, foi utilizado um roteiro com entrevistas semiestruturadas, com questões relacionadas ao objeto do estudo, as quais foram gravadas e transcritas integralmente. A caracterização da análise se dá pela contextualização do tema, abordando-o a partir da perspectiva que será tratado, além de explicitar o dispositivo teórico-analítico utilizado (Souza, 2014).

Organização do acesso à saúde bucal na ESF em relação a agenda 2030

Quanto às compreensões de organização de processos de trabalho e acesso, as definições fornecidas pelos cirurgiões-dentistas (CD) se fundamentaram na

organização do fluxo. As respostas foram associadas à agenda programática e à agenda espontânea. As informações colhidas evidenciaram limitações no agendamento dos munícipes:

[...] “Temos uma agenda programada de 12 pacientes mais 2 horários reservados para atendimento de emergências. No entanto, na gestão e organização do trabalho, os pacientes com tuberculose e portadores de HIV tem prioridade no agendamento” (CD1).

[...] “Nos organizamos através da agenda programática, nesses casos a equipe normalmente nos passa os casos então fazemos o encaixe, fora as consultas de urgência que estão disponíveis todos os dias” (CD2).

Verificou-se que o cirurgião-dentista está parcialmente integrado às metas da equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente em sua rotina de atendimentos. O atendimento aos munícipes com presença dos agravos remete a um acesso indireto, ou seja, é mediado por outros profissionais que estão mais integrados com a saúde em geral do indivíduo. O primeiro discurso abordou a prioridade a dois agravos da Agenda 2030 (HIV e tuberculose). Na segunda entrevista, foi citada a consulta de urgência como espaço de acesso.

Integração do cirurgião-dentista na ESF e compartilhamento de casos

Houve consenso sobre a rotina de trabalho e o estreitamento dos casos, o que, por vezes, não ocorre de forma integral devido à demanda acumulada e à escassez de tempo disponível (Alves *et al.*, 2021). Esses fatores são considerados significativos para a colaboração e integração entre os profissionais no contexto da saúde bucal na Unidade de Saúde:

[...] Existe um pouco de isolamento do dentista apesar de serem realizadas reuniões semanais com a equipe multidisciplinar. Durante as reuniões são

discutidos alguns casos mais relacionados com a parte médica. A rotina de atendimentos é um pouco extensa e corrida devido à alta demanda de pacientes na nossa região (CD 1).

[...] A rotina impede maior interação então ficamos mais envolvidos nos casos do consultório. Mas a equipe é integrada e se mantém atualizada nas reuniões de equipe e compartilhamento de casos (CD2).

Há uma identificação das reuniões de equipe como ferramenta relevante para alinhamento das estratégias de ação e ampliação do cuidado aos usuários. De acordo com a percepção dos entrevistados, a integração ocorre no espaço coletivo e no compartilhamento de saberes, sendo apontadas como ambientes potentes de construção e discussão de casos.

Os espaços colaborativos e de cogestão possuem potencial de construir espaços compartilhados de poder e engajar os trabalhadores no processo de trabalho, permitindo que se envolvam, aprendam e assumam uma responsabilidade ampliada com todo o processo e seus respectivos resultados (Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019). O modelo de gestão que rompe com o molde tradicional, centralizador e verticalizado favorece a integração de metas na equipe de saúde (Cunha; Campos, 2010).

A abordagem da Estratégia Saúde da Família aplicada aos cirurgiões-dentistas transcende à prática clínica, sendo necessário adotar uma perspectiva holística e abrangente da saúde. Contudo, a educação formal muitas vezes não abrange suficientemente tais aspectos, ou aborda-os de maneira pontual e descontextualizada, resultando em uma preparação inadequada para a colaboração multiprofissional, para a abordagem interdisciplinar e para a experiência do modelo de promoção da saúde (Paim, 2003). É essencial reajustar as práticas profissionais, iniciando com o fomento à educação permanente e à avaliação, além de monitoramento sistemático das atividades que realizam (Mattos *et al.*, 2014).

Saúde bucal e as demandas da agenda 2030

Apesar da menção ao atendimento a alguns grupos presentes na Agenda 2030, destaca-se a impossibilidade de adequar à realidade da equipe de saúde:

[...] A saúde bucal tem metas específicas de financiamento, mas infelizmente, não são realizadas, na minha opinião, por problemas políticos e gestão inadequada. As demandas da agenda de 2030 estão muito distantes. Precisa ser realizado um melhor planejamento voltado para nossa equipe bucal. Por exemplo, deveriam ser montados centros de referência para esses pacientes, de maneira que dividiria a agenda com os demais atendimentos como (crianças, gestantes e idosos). Desta maneira, poderíamos prestar um atendimento com melhor qualidade diminuindo também o tempo de espera (CD 1).

[...] Uma medida que eu acredito que ajudaria a incluir a saúde bucal nessa meta é incluir essas demandas nos indicadores de saúde bucal porque se torna um incentivo (CD 2).

Corroborando com a colocação feita pelo CD1, os estudos de Feitosa *et al.* (2016) e Flôres *et al.* (2018) enfatizam que as mudanças necessitam do envolvimento de todos os profissionais e todos os gestores em saúde. Para isso, o fator determinante na integração das metas da equipe consiste na organização estrutural do trabalho; porém, por não disporem de recursos humanos suficientes em relação à demanda e à extensão do território, esse processo se apresenta como um desafio.

O CD1 defende como possibilidade de centralizar o cuidado desses agravos e a CD2 pontua os indicadores como um modo de incentivar e redirecionar o olhar da equipe. Vê-se que o pensar saúde ocorre de forma fragmentada institucionalmente; nesse sentido, os indicadores refletem essa forma de construir políticas públicas.

Fatores que interferem na integração da ESF

Os profissionais indicaram os seguintes fatores que interferem na integração da ESF:

[...] Atualmente temos uma demanda reprimida muito alta porque existem apenas 2 dentistas para atender 4 regiões. Na realidade deveriam ter no mínimo 3 profissionais. Poderiam incluir também um Técnico de higiene dental (CD1).

[...] A demanda reprimida é um grande problema, tem poucos profissionais para atender a quantidade de munícipes que precisam de tratamento (CD2).

Foram unânimes em afirmar como a demanda é desproporcional à mão de obra disponível. A quantidade de pessoas a serem atendidas em relação ao território inviabiliza a adesão integral à Agenda 2030, enfatizando também o quanto essa condição limita o cuidado às ações curativas. A pesquisa, ainda, evidencia uma lacuna presente nos serviços de saúde, que teoricamente estão aptos para assumir e trabalhar de acordo com o modelo de atenção, as condições de trabalho vivenciadas, porém, limitam a atuação da equipe. A saúde bucal é frequentemente regida por critérios relacionados à produtividade e ao desempenho, que se baseiam no alcance de metas estabelecidas sem a participação dos trabalhadores (Alves, 2007; Ranieri, 2014).

Organização do trabalho do cirurgião-dentista na ESF

Quanto à organização do trabalho do cirurgião dentista na ESF, os entrevistados dizem que:

[...] Os planejamentos são realizados pela equipe de saúde bucal. Alguns casos mais específicos são compartilhados com a equipe de saúde durante as reuniões semanais. (CD 1)

[...] Os planejamentos são feitos em conjunto com a equipe na tentativa de incluir as demandas e que a gente esteja alinhado no cuidado aos munícipes (CD 2).

As respostas dos participantes se alinham ao enfatizar que as reuniões de equipe auxiliam no planejamento, mas divergem na forma como a agenda é construída. Assim, o CD 1 aponta que a construção ainda é centralizada pela equipe de saúde bucal; então, não há total integração. A reunião de equipe é o espaço em que se cria a oportunidade de adicionar demandas da equipe no atendimento; para tanto, a CD 2 vê uma construção longitudinal do atendimento.

Como visto, a promoção de saúde não foi explorada. A referência ao cuidado ainda está por vezes limitando-se a mencionar o curativismo sem abarcar de fato a prevenção. A relação da alta demanda foi o eixo temático mais explorado pelos participantes, sendo a maior parte dos relatos direcionados às dificuldades em alinhar a Agenda 2030 à rotina dos atendimentos e em estabelecer essa política como prioritária.

6.6 Discussão

Neste estudo, foi verificado que as iniciativas de avaliação apoiam as ações de planejamento e identificação de problemas de caráter político-simbólico, preenchendo, assim, lacunas de informação a respeito dos resultados obtidos. A melhoria da organização do trabalho em equipe depende do reconhecimento de falhas, minimização os danos e reavaliação ou eliminação desses problemas (Sousa, 2018; Faria, 2005).

O Plano Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), incentiva a gestão compartilhada através da cogestão, promovendo a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços de saúde e valorizando o desenvolvimento de uma gestão democrática que fortaleça as relações de trabalho, pensado em uma nova forma de organizar o sistema de saúde (Brasil, 2004; Campos, 2010; Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019). Esse modelo possibilita construções do trabalho de forma coletiva, fortalecendo a horizontalidade no cuidado e alinhamento de metas (Brasil, 2005b). A equipe de saúde considera esse aspecto bem-sucedido em sua perspectiva.

Os processos de monitoramento e autoavaliação são relevantes como ferramentas para a gestão e para o planejamento de ações em relação à Agenda 2030 e como um mecanismo de controle de qualidade. A discussão de resultados e o estímulo do uso da informação pelas equipes de Atenção Primária são instrumentos importantes na atuação da Unidade de Saúde, facilitando o planejamento, a reavaliação das práticas de cuidado, a identificação de áreas desassistidas e a população com maior vulnerabilidade. Manter a vigilância ativa sobre os serviços de saúde oferecidos permite identificar e corrigir desvios em relação aos padrões estabelecidos, promovendo um aperfeiçoamento contínuo dos serviços (Donabedian, 1978; Seus *et al.*, 2019).

A gestão da Atenção Primária à Saúde atua de forma estratégica na prevenção de doenças e no enfrentamento aos agravos, contribuindo para o escopo das metas da Agenda 2030. Inicialmente, como escolha para avaliação da gestão, buscou-se avaliar o monitoramento e o planejamento das ações em saúde para analisar as estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (Soares; Ramos, 2020; Starfield; Shi; Macinko, 2005).

A literatura diverge sobre o formato pelo qual os indicadores globais direcionam o cuidado à saúde. As metas, por vezes, são pactuados sem análise da implantação, podendo transformar-se em um compromisso sem resolutividade. Esses fatores associam-se à dificuldade de os profissionais compreenderem a metodologia, desconhecendo, assim, a evolução histórica dos desfechos em saúde e a desarticulação das ações necessárias para o controle dos agravos e do trabalho longitudinal envolvido (Albuquerque; Martins, 2017).

No entanto, desde a sua concepção, a construção e definição de indicadores globalmente alinhados enfrentam uma série de divergências políticas e desafios metodológicos (Kapto, 2019; United Nations High Level Political Forum, 2017). A resolutividade dos serviços de saúde é limitada, dificultando a priorização de metas e capacitação que se adapte aos avanços propostos pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável apresentados (Allen; Metternicht; Wiedmann, 2018).

Além disso, o monitoramento de indicadores é insuficiente para a efetividade das estratégias de regionalização da Agenda 2030. É imperativo desenvolver modelos

de responsabilização que vão além da análise quantitativa dos indicadores. Deve-se reconhecer os atores sociais que não podem ser medidos apenas numericamente, problemas estruturais e processos de desenvolvimento (Fukuda-Parr, 2016; Fukuda-Parr; McNeill, 2019; Martins *et al.*, 2022; United Nations High Level Political Forum, 2017).

De acordo com Elder, Bengtsson, Akenji (2016), a Agenda 2030 se diferencia dos demais pactos internacionais devido à amplitude dos acordos temáticos e ao reconhecimento da integralidade de seus objetivos, considerando a correlação dos causadores sociais envolvidos (Elder; Bengtsson; Akenji, 2016; Nações Unidas – Brasil, 2015). Contudo, esses indicadores continuam a ser objeto de debate em decorrência da necessidade de adaptar as demandas específicas dos países, bem como seus territórios e as visões socioeconômicas da saúde. As divergências podem influenciar na visão integral presente na Agenda (Martins *et al.*, 2022).

A autoavaliação da equipe analisou como o cuidado tem sido direcionado, especialmente com metas hierarquizadas, garantindo que de planejamento esteja alinhado com toda a equipe. Há um consenso que as reuniões de planejamento de ação ocorrem com regularidade, o que se configura um aspecto positivo na vigilância em saúde. A equipe reconhece a prestação de cuidado em diferentes níveis para diferentes agravos. A capacitação da APS deve ser contínua para que alinhe os objetivos da Agenda 2030 e promover uma gestão compartilhada.

Um dos desafios enfrentados no combate aos agravos presentes na Agenda 2030 é o monitoramento feito de forma fragmentada, uma característica aos programas em execução. Isso se dá pelo fato de essa atividade ser realizada de maneira isolada pelas equipes sem uma integração efetiva que permita uma visão holística do progresso, excluindo alguns atores processuais, como a equipe de saúde bucal. A falta de coordenação pode provocar lacunas decorrentes da desagregação dos dados, das redundâncias e das dificuldades na avaliação do impacto das intervenções (Moraes; Santos, 1998).

Para garantir que as informações sejam compartilhadas e utilizadas de forma eficaz no planejamento e na implementação de estratégias para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3, é fundamental promover uma

abordagem intersetorial, que utilize plataformas de dados e que permita a estratificação dos indicadores.

Dessa forma, é fundamental integrar objetivos para uma análise abrangente das causas e dos impactos do alcance às metas de saúde. A adoção de metodologias regionalizadas de avaliação de desempenho e estimativa do cumprimento dos objetivos, é essencial para orientar as políticas públicas na direção à redução das desigualdades (Martins *et al.*, 2022). A finalidade da avaliação, então, não deve se ocupar apenas em identificar falhas, mas também em propor estratégias para qualificar o cuidado ofertado. Busca-se então, identificar, avaliar e democratizar os dados (Alves, 2008; Carvalho *et al.*, 2012).

Dentro das potencialidades da Atenção Primária à Saúde, as reuniões de equipe foram apontadas com a construção de um espaço colaborativo, onde os profissionais podem compartilhar informações, discutir casos clínicos e desenvolver ações conjuntas para o cuidado dos usuários, visando ao fortalecimento do grupo setorial e integração das metas.

Nesse sentido, as avaliações devem ser discutidas coletivamente, proporcionando uma oportunidade para reflexão conjunta com identificação de áreas para melhoria e planejamento de estratégias para o próximo ciclo. Essa abordagem é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados à comunidade (Ribeiro; Scatena, 2019).

As reuniões foram apontadas como instrumentos utilizados pela equipe e permitem que a equipe identifique oportunidades de melhoria, garantindo que o atendimento prestado seja resolutivo, promovendo a integralidade, facilitando a referência e a contrarreferência (Guimarães; Castelo Branco, 2020).

A integração de sistemas de informação é fundamental para a vigilância em saúde e gestão dos agravos em questão, especialmente no contexto da Agenda 2030, que objetiva fomentar o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida global. No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 destaca a importância de sistemas integrados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, visando reduzir desigualdades (Brasil, 2021; Plataforma Agenda 2030, 2024).

Esse fato é corroborado pelo estudo de Coelho Neto e Chioro (2021) ao destacarem que a desarticulação entre os diferentes sistemas de informação em saúde pode comprometer a eficácia dos grupos setoriais, como evidenciado no gerenciamento de dados e na necessidade de verificação das informações coletadas.

A equipe de saúde bucal aponta a fragmentação do cuidado, uma vez que sua atuação frequentemente se restringe a questões curativas. Os profissionais apontam a dificuldade em integralizar as tecnologias de cuidados em sua prática profissional. O Programa Brasil Sorridente ampliou o acesso aos serviços de saúde, mas há um déficit estrutural, que reforça o isolamento da equipe de saúde bucal em relação à de saúde e suas metas, uma vez que aquela não faz parte do grupo setorial mínimo da ESF, sendo adicionadas separadamente. Isso provocou maiores distanciamentos em pautas da equipe de saúde, devido à sobrecarga de sua agenda programática e de seus indicadores que não os incluem no cuidado.

Uma estratégia para tentar preencher a lacuna da vigilância e do planejamento da equipe de saúde à Agenda 2030 seria englobar o planejamento que contempla as ações de monitoramento e assistência, como instrumento para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, fazendo diagnóstico situacional, a avaliação dos riscos e das vulnerabilidades do território.

Foi possível, ainda, verificar que, mesmo que a equipe de saúde bucal esteja integrada com a Agenda de 2030, a alta demanda de atendimentos dificulta a priorização de todos os agravos presentes na meta 3.3. Como estratégia de fortalecimento, destacam-se a necessidade de integrar os dados em saúde e de modificar o olhar sobre os indicadores de saúde bucal, ampliando o financiamento para acompanhar o progresso em relação aos Objetivo de Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda destaca doenças que acometem populações em situações de fragilidade semelhantes e a perpetuação dela sinaliza a perpetuação da desigualdade. Essas disparidades podem afetar negativamente a saúde bucal de populações que tradicionalmente enfrentam exclusão, incluindo idosos, pessoas com menor nível de educação formal e/ou renda reduzida (Barbosa; Barbosa; Najberg, 2016; Freire et al., 2021).

A inclusão da saúde bucal na Agenda 2030 da ONU para o desenvolvimento sustentável é um marco significativo. Contudo, a alocação de recursos específicos para essa área nem sempre é adequadamente refletida no orçamento da Organização Mundial da Saúde/OMS (Celeste; Warmling, 2014; Santos *et al.*, 2023). Consequentemente, a omissão no financiamento em saúde, oferece impactos na formulação de políticas e estratégias para melhorar a saúde bucal globalmente.

A atuação conjunta é uma oportunidade de incentivo à ampliação do acesso a serviços odontológicos de qualidade, reconhecida como parte integrante dos esforços globais para alcançar um mundo mais saudável e sustentável até 2030 (Cruz *et al.*, 2022). Assim, o trabalho da APS é fundamental na atuação da agenda, necessitando da atuação da equipe multidisciplinar, incluindo a de saúde bucal, que, muitas vezes, é isolada dentro das vivências e dos indicadores desse setor.

Tal fator desconsidera a sua potente contribuição quanto à vigilância, à criação de vínculo com a família e à avaliação clínica – já que muitas dessas doenças apresentam sinais e sintomas orais – (Moura *et al.*, 2022), além do auxílio no planejamento em saúde. O grupo considerado de risco deve ser ampliado na equipe de saúde bucal não só acerca das doenças bucais, mas também em relação à fragilidade social e aos grupos prioritários, que estão sob a vigilância constante da equipe de saúde.

A equipe de saúde tem papel fundamental em educar a população sobre a relevância da saúde bucal e em como ela se conecta à saúde integral do indivíduo e promover mudanças no processo de trabalho, reorganizando a atenção básica e ampliando a cobertura e resolutividade (Plataforma Agenda 2030, 2024; Soares *et al.*, 2011; Souza; Roncalli, 2007). A organização da agenda programática de saúde bucal, mesmo adotando o modelo da ESF, continua a refletir uma abordagem curativista (Silva; Peres; Carcereri, 2020).

A responsabilidade sanitária deve ser ampliada, abrangendo todo o território e toda a população assistida, integrando assim as metas. A construção do cuidado em colaboração complementar deve ser coordenada entre os integrantes, tentando superar a atuação profissional fragmentada, podendo qualificá-lo, avançando na

superação dos problemas em saúde e na elaboração de condutas mais eficientes (Lavôr *et al.*, 2019; Peduzzi *et al.*, 2013).

Essa abordagem, que tem como foco principal as medidas terapêuticas, acaba por restringir a equipe de saúde bucal ao ambiente do consultório e à assistência clínica. Mesmo com o crescimento observado nos serviços odontológicos, os obstáculos resultantes de anos de desassistência para com a população ainda são uma realidade. Para agravar a situação, a equipe disponível para suprir as demandas é restrita (Alves *et al.*, 2021).

Para implementação da Agenda 2030, a equipe tem adotado as reuniões de equipe e planejamentos de ação de forma colaborativa. Os agravos que recebem mais atenção são HIV e tuberculose. No entanto, enfrentam desafios na incorporação da participação comunitária nas ações e a integração da equipe de saúde bucal.

Ademais, a necessidade de capacitação dos profissionais se faz presente para alinhar com os objetivos do modelo de saúde (Batista; Gonçalves, 2011). Paralelamente, a precarização do trabalho, através da flexibilização da carga horária dos trabalhadores, diminui os trabalhadores de tempo integral, podendo resultar em importantes prejuízos na dinâmica da Unidade de Saúde. Esses impactos incluem a incapacidade de realizar o trabalho de forma adequada, a instabilidade do recurso humano em relação à população assistida e a falta do profissional em momentos cruciais de planejamento de ações (Mattos *et al.*, 2014).

A territorialização da saúde se apresenta como alternativa para a ampliação do cuidado e para o replanejamento de ações, pois se adapta a novas situações, interpretações da realidade e situações emergentes a fim de que fortaleçam as políticas públicas. Corroborando essa análise, a Agenda se pauta no princípio de “não deixar ninguém para trás”, reforçando o compromisso com o desenvolvimento coletivo e a diminuição das desigualdades (Martins *et al.*, 2022; Brasil, 2015). As limitações do estudo envolvem a análise de apenas 1 Unidade de Saúde, sugere-se uma avaliação ampliada a toda a Atenção Primária à Saúde.

6.7 Conclusão

As equipes de saúde estão parcialmente integradas nas ações da Agenda 2030; entretanto, relataram percepção positiva sobre o direcionamento do cuidado e sobre o processo de trabalho na erradicação dos agravos. A autoavaliação é um instrumento importante para analisar os processos de trabalho, a gestão compartilhada, a vigilância em saúde e o alinhamento das equipes de saúde nas estratégias de ação e regionalização de metas em saúde. No entanto, a equipe de saúde bucal enfrenta dificuldades em integrar-se com os as metas devido à alta demanda de atendimentos. Assim, as estratégias de ação em saúde bucal devem ampliar a atuação do cirurgião-dentista para que permita o cuidado colaborativo e interdisciplinar da população.

6.8 Referências

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 118–137, mar. 2017.
- ALLEN, C.; METTERNICHT, G.; WIEDMANN, T. Initial progress in implementing the Sustainable Development Goals (SDGs): a review of evidence from countries. **Sustainability Science**, v. 13, n. 5, p. 1453-1467, 2018.
- ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica**: análise do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2008.
- ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.
- ALVES, H. F. C. *et al.* Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. e200648, 2021.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 49–54, jan. 2016.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884–899, out. 2011.

BERTAGNOLI, M. S. F. F. *et al.* Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310113, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem**: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil, síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: ONU Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. **Políticas públicas para o cumprimento das metas do milênio.** 2013. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/arquivos/politicas-publicas-2013>. Acesso em: 24 jan. 2024.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901–911, abr. 2012.

CATANANTE, G. V. *et al.* Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3965–3974, dez. 2017.

CELESTE, R. K.; WARMLING, C. M. Produção bibliográfica brasileira da Saúde Bucal Coletiva em periódicos da saúde coletiva e da odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1921-1932, jun. 2014.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. e00182119, 2021.

CRUZ, D. K. A. *et al.* Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe 1, p. e20211047, 2022.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Organização & Democracia**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

ELDER, M.; BENGTSSON, M.; AKENJI, L. An optimistic analysis of the means of implementation for sustainable development goals: thinking about goals as means. **Sustainability**, v. 8, n. 9, p. 962–986, 2016.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-110, out. 2005.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FLÔRES, G. M. S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020444, 2021.

FUKUDA-PARR, S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. **Gender and Development**, v. 24, n. 1, p. 43-52, 2016.

FUKUDA-PARR, S.; MCNEILL, D. Knowledge and politics in setting and measuring the SDGs: introduction to special issue. **Global Policy**, v. 10, p. 5-15, 2019.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO BRANCO, A. B. A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 143-155, mar. 2020.

KAPTO, S. Layers of politics and power struggles in the SDG indicators process. **Global Policy**, v. 10, n. S1, p. 134-136, 2019.

LAVÔR, T. B. S. L. *et al.* Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2019.

MARTINS, A. L. J. *et al.* Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2519-2529, 2022.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informação em saúde: os desafios continuam. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 37-51, jan. 1998.

MOURA, J. A. *et al.* Manifestações orais em pacientes com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, e350111430859, 2022.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-583.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface**, v. 23, p. e170451, 2019.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 624, ago. 2012.

PLATAFORMA Agenda 2030: acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil. 2024. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 24 jan. 2024.

RANIERI, J. J. O fenômeno do estranhamento e a atualidade do conteúdo da crítica ao capital: ainda Marx. *In*: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 107-119.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan. 1990.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, 2019.

SANTOS, L. P. S. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1575-1587, maio 2023.

SANTOS, R. P. O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F. Novos modelos de gestão na atenção primária à saúde e as penosidades do trabalho. **Caderno CRH**, v. 35, p. e022037, 2022.

SEUS, T. L. *et al.* Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, p. e2018510, 2019.

SILVA, R. M.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L.; Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2259–2270, 2020.

SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 708-724, jul. 2020.

SOARES, F. F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, jul. 2011.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289-301, set. 2018.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

SOUZA, S.A.F. Análise de discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: **Census**; 2014.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J.; Contribution of primary care to health systems and health. **MIQUES**, v. 83, n. 3, p. 457-452, 2005.

UNITED NATIONS HIGH LEVEL POLITICAL FORUM. **Statement by Sakiko Fukuda-Parr**. 2017. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24969hlpf_presentation_july_2017_clean.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

7 CONCLUSÃO GERAL

Nesta Dissertação, a estratificação dos riscos em saúde permitiu identificar famílias com maior probabilidade de serem afetadas por doenças negligenciadas e demais agravos da Agenda 2030; nesse sentido, esses dados foram coletados e reavaliados durante os anos de análise. Ao priorizar esses grupos, os recursos e as medidas de prevenção e ações de controle podem ser direcionados de forma mais eficaz, observando, também, como comunidades marginalizadas são afetadas. Assim, concentrar a vigilância nessas populações, garantindo que elas sejam incluídas nas ações de prevenção e tratamento, é fundamental para a resposta, uma vez que auxilia no monitoramento contínuo e detecta precocemente casos suspeitos, de modo que se torna possível acompanhar a evolução da doença e avaliar a eficácia das intervenções.

O georreferenciamento foi uma ferramenta eficaz para o monitoramento dos agravos da Agenda 2030. O índice de saúde do território permitiu a estratificação dos riscos que a região apresenta no processo saúde-doença. Nesse sentido, os escores de riscos identificados indicaram a área de maior propagação de doenças e a população mais susceptível ao adoecimento. Para tanto, o diagnóstico situacional de toda área territorial pertencente à Unidade de Saúde no delineamento da população exposta aos agravos presentes da Agenda 2030 identificou as suas vulnerabilidades. Assim, a aplicação dessas geotecnologias mostrou-se eficaz, uma vez que facilitou a geração, o armazenamento e a localização, bem como a análise de dados de saúde da população.

A estratificação de vulnerabilidade familiar, por meio de escores de riscos, identificou os territórios com maior potencial de propagação das doenças e a população mais suscetível a riscos, permitindo, assim, a gestão e a vigilância em saúde da Unidade de forma qualificada. Ressalta-se que esse levantamento tem como principal vantagem facilitar o planejamento estratégico para que o mesmo ocorra de forma equitativa, priorizando as famílias mais vulneráveis. Logo, os instrumentos de autoavaliação auxiliam os profissionais de saúde a alinhar as metas e reavaliar as estratégias de ação na Agenda 2030. A equipe de saúde bucal necessita de indicadores interdisciplinares para que seja auxiliada sua participação no processo de saúde da população.

APÊNDICES

APÊNDICE A - REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL; REVISÃO DELITERATURA; E METODOLOGIA EXPANDIDA

1. LEITE, D. S.; LEITE, P.F. S. **Saúde coletiva [livro eletrônico]: avanços e desafios para a integralidade do cuidado: volume 2**. Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. *In*: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.
4. MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
5. FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131-147, jun. 2013.
6. SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.
7. FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **RAEGA - O Espaço Geográfico em Análise**, n. 17, p. 31-41, 2009.

8. SANTOS, M. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
9. NAÇÕES UNIDAS – BRASIL. **Transformando nosso mundo**: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.
10. PLATAFORMA Agenda 2030: acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil. 2024. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 15 mar. 2019.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 200-202, fev. 2010.
12. MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1522-1523, 2006.
13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas**: avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7680>. Acesso em: 9 jun. 2019.
14. MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 261-270, abr. 2004.
15. OLIVEIRA, R. G. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda da saúde global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global plan to combat neglected tropical diseases 2008-2015**. Geneva: WHO, 2007.
17. SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, n. 2, p. 15-26, 1999.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
19. SOUZA, H. P. *et al.* Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e-10, 2020.
20. FERREIRA, L. L. G.; ANDRICOPULO, A. D. Drugs and vaccines in the 21st century for neglected diseases. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 2, p. 125-127, fev. 2019.
21. SOUZA, W. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.
22. SILVA, T. R. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da dengue no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e84000, 2022.
23. SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007.
24. SANTOS, M. O retorno do território. *In*: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Comp.). **Território: globalização e fragmentação**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 15-20.
25. VIUDES, P. F. N. Território, território usado e lugar: interface da geografia e assistência social. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 1., 2015, Londrina. **Anais** [...]. Londrina: UEL, 2015. p. 1-12. Disponível em: https://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo8/oral/15_teritorio_e_territorio....pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.
26. LAURELL, A. C. A Saúde como processo social. *In*: DUARTE, N. E. (Ed.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Editora Global, 1983. p. 133-158.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

28. SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C. (Org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
29. SILVA, D. V. A. *et al.* Georreferenciamento dos Casos de Doenças Tropicais Negligenciadas em Municípios do Norte de Minas Gerais. **FEPEP**, 2014. Disponível em: <http://www.fepeg2016.unimontes.br/index.php/anais/ver/211>. Acesso em: 19 jun. 2023.
30. SOUSA, A. I. A.; PINTO JÚNIOR, V. L. Análise espacial e temporal dos casos de aids no Brasil em 1996-2011: áreas de risco aumentado ao longo do tempo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 3, p. 467-476, jul. 2016.
31. REBOLLEDO, E. A. S.; CHIARAVALLOTI, F.; GIATTI L. L. Experiencias, beneficios y desafíos del uso de geoprocesamiento para el desarrollo de la atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e153, 2018.
32. PEREIRA, A. G. L. *et al.* Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 203-210, abr. 2018.
33. VIVALDINI, S. M. *et al.* Exploratory spatial analysis of HBV cases in Brazil between 2005 and 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190004, 2019.
34. RUBERANZIZA, E. *et al.* Mapping soil-transmitted helminth parasite infection in rwanda: estimating endemicity and identifying at-risk populations. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 4, n. 2, p. 93, jun. 2019.
35. ORFÃO, N. H. *et al.* Georreferenciamento dos casos de tuberculose em Rondônia: estudo ecológico entre 2008 a 2018. **Revista Saúde Pública Mato Grosso do Sul**, v. 4, n. 1, p. 7-17, 2021.
36. RIBEIRO, S. F. *et al.* Representação espacial das doenças negligenciadas no estado do Tocantins. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, p. 20210000, 2021.
37. REBOLLO M. P. *et al.* Baseline mapping of neglected tropical diseases in Africa: the accelerated WHO/AFRO mapping project. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 104, n. 6, p. 2298-2304, 2021.

38. SOEIRO, V. M. S.; CALDAS, A. J. M.; FERREIRA, T. F. Abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, 2012-2018: tendência e distribuição espaço-temporal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 825–836, mar. 2022.
39. NGATSE, J. A. *et al.* Historical overview and geographical distribution of neglected tropical diseases amenable to preventive chemotherapy in the Republic of the Congo: a systematic review. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 16, n. 7, p. e0010560, jul. 2022.
40. BATISTA, J. F. C. *et al.* Spatial distribution and temporal trends of AIDS in Brazil and regions between 2005 and 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e230002, 2023.
41. LUO, C. *et al.* Mapping schistosomiasis risk in Southeast Asia: a systematic review and geospatial analysis. **International Journal of Epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 1137-1149, ago. 2023.
42. LARKINS, A. *et al.* Risk mapping for taenia solium: applying multicriteria decision analysis in Lao PDR. **Tropical Medicine & International Health**, v. 28, n. 8, p. 13917, 2023.
43. OLIVEIRA, A. P. *et al.* Dinâmica espacial e temporal das doenças tropicais negligenciadas no Arquipélago do Marajó, Amazônia-PA. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 13, n. 2, 2023.
44. ROCHA, M. I. F. *et al.* Mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no Brasil no século XXI: análise de tendências espaciais e temporais e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 47, p. e146, 2023.
45. OYEYEMI, O. T. *et al.* Neglected tropical disease (NTD) diagnostics: current development and operations to advance control. **Pathogens and Global Health**, v. 118, n. 1, p. 1–24, 2024.
46. VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 127, dez. 2020.
47. MONTEIRO, B. R. Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na saúde (ODS 3):

uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1221–1232, abr. 2020.

48. BASU, S. *et al.* Contribution of primary care expansion to Sustainable Development Goal 3 for health: a microsimulation of the 15 largest cities in Brazil. **BMJ Open**, v. 12, n. 1, p. e049251, 2022.

49. REBOLLEDO, E. S.; GIATTI, L. L. Convergências entre planejamento de atenção primária à saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: uma avaliação de planos municipais de saúde do Brasil e Chile. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, p. e191006pt, 2022.

50. RENGANATHAN, E.; DAVIES, P. Sustainable Development Goals and the role of and implications for primary care physicians. **Malaysian Family Physician**, v. 18, p. 54, 2023.

51. KORAH, P. I.; NUNBOGU, A.; AHMED, A. Measuring access to health facilities in Ghana: Implications for implementation of health interventions and the Sustainable Development Goal 3. **Applied Geography**, v. 158, p. 103026, 2023.

52. CALISTRO, M. 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.

53. COELHO, F.L.G; SAVASSI, L.C.M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Rev Bras Med Fam Comunidade** 2004; 1(2):19-26.

54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 96 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: “Territorialização como um projeto em construção: análise de uma proposta para a atenção primária à saúde”

Nome da Pesquisadora: Lílian de Oliveira Silveira

Nome da Orientadora: Professora Titular Nemre Adas Saliba

Nome da Co-orientadora: Professora Titular Suzely Adas Saliba Moimaz

Este documento é um termo de consentimento livre e esclarecido – isto significa que ele serve para documentar a sua concordância em participar da pesquisa, sem nenhum tipo de pressão e com todas as informações importantes sobre a sua participação.

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade contribuir no engajamento das equipes de saúde na utilização das ferramentas tecnológicas disponíveis, construção de mapas temáticos de análise do território e situação de saúde na Unidade de Saúde e propiciarão uma análise geovisual dos usuários portadores de doenças negligenciadas da Unidade de Saúde da Família- Valongo no município de Santos, estado de São Paulo, para qualificar a vigilância em saúde e a gestão.
2. **Participantes da pesquisa:** Serão convidados da pesquisa os membros das equipes de Saúde da Família- Valongo, localizado no município de Santos, estado de São Paulo.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o(a) sr.(a) permitirá que a pesquisadora Lílian de Oliveira Silveira aplique um questionário. O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone das pesquisadoras do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

4. **Sobre as entrevistas:** As entrevistas serão realizadas através de um questionário semi-estruturado baseado no inquérito G-PMAQ para avaliar o monitoramento e avaliação da gestão em saúde com os trabalhadores da Unidade de Saúde.
5. **Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Riscos mínimos são esperados neste estudo. O(s) entrevistado(s) poderá se sentir desconfortável ou constrangido(s) para apresentar sua sincera opinião diante do que lhe for questionado e/ou expressar informações ou experiências pessoais. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, a pesquisadoras irá conversar com os participantes e assumirá as devidas responsabilidades por eles. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que o estudo instrumentalize a equipe de saúde com as técnicas de geoprocessamento, a fim de que estas facilitem e fortaleçam a oferta de cuidados em saúde à população adstrita, avaliando através da territorialização o diagnóstico situacional durante o mapeamento da área de cobertura. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** o(a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,
manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

ANEXO B - Escala Coelho e Savassi (2004)

Dados da ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de setenta anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore 5 ou 6	R1	
Escore 7 ou 8	R2	
Maior que 9	R3	

ANEXO C- Ficha A

Ficha A - frente - modelo

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					
ENDEREÇO		NÚMERO 	BAIRRO	CEP 	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME				sim	não		

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TIPO DE CASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tijolo/Adobe</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa não revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr> <tr><td>Outro - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> <tr><td>Número de cômodos / peças</td><td></td></tr> <tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DO LIXO</th> </tr> <tr><td>Coletado</td><td></td></tr> <tr><td>Queimado / Enterrado</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DE CASA		Tijolo/Adobe		Taipa revestida		Taipa não revestida		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar:				Número de cômodos / peças		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado / Enterrado		Céu aberto		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Filtração</td><td></td></tr> <tr><td>Fervura</td><td></td></tr> <tr><td>Cloração</td><td></td></tr> <tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA</th> </tr> <tr><td>Rede geral</td><td></td></tr> <tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DE FEZES E URINA</th> </tr> <tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr> <tr><td>Fossa</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede geral		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TIPO DE CASA																																																							
Tijolo/Adobe																																																							
Taipa revestida																																																							
Taipa não revestida																																																							
Madeira																																																							
Material aproveitado																																																							
Outro - Especificar:																																																							
Número de cômodos / peças																																																							
Energia elétrica																																																							
DESTINO DO LIXO																																																							
Coletado																																																							
Queimado / Enterrado																																																							
Céu aberto																																																							
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																																																							
Filtração																																																							
Fervura																																																							
Cloração																																																							
Sem tratamento																																																							
ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA																																																							
Rede geral																																																							
Poço ou nascente																																																							
Outros																																																							
DESTINO DE FEZES E URINA																																																							
Sistema de esgoto (rede geral)																																																							
Fossa																																																							
Céu aberto																																																							

OUTRAS INFORMAÇÕES																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Alguém da família possui Plano de Saúde?</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Nome do Plano de Saúde</td> <td></td> </tr> </table>	Alguém da família possui Plano de Saúde?		Nome do Plano de Saúde		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde																																													
Alguém da família possui Plano de Saúde?																																																			
Nome do Plano de Saúde																																																			
Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">EM CASO DE DOENÇA PROCURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hospital</td><td></td></tr> <tr><td>Unidade de Saúde</td><td></td></tr> <tr><td>Benzedeira</td><td></td></tr> <tr><td>Farmácia</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Rádio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisão</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> </tbody> </table>	EM CASO DE DOENÇA PROCURA		Hospital		Unidade de Saúde		Benzedeira		Farmácia		Outros - Especificar:				MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar:				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cooperativa</td><td></td></tr> <tr><td>Grupo religioso</td><td></td></tr> <tr><td>Associações</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Ônibus</td><td></td></tr> <tr><td>Caminhão</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Carroça</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="height: 10px;"></td></tr> </tbody> </table>	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS		Cooperativa		Grupo religioso		Associações		Outros - Especificar:				MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA																																																			
Hospital																																																			
Unidade de Saúde																																																			
Benzedeira																																																			
Farmácia																																																			
Outros - Especificar:																																																			
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																																																			
Rádio																																																			
Televisão																																																			
Outros - Especificar:																																																			
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																																																			
Cooperativa																																																			
Grupo religioso																																																			
Associações																																																			
Outros - Especificar:																																																			
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																																																			
Ônibus																																																			
Caminhão																																																			
Carro																																																			
Carroça																																																			
Outros - Especificar																																																			

OBSERVAÇÕES

ANEXO D – Questionário

Quadro1- Questionário semiestruturado baseado na AMAQ sobre Agenda 2030

1	A equipe de atenção básica reúne-se com qual frequência
() Muito frequentemente () Frequentemente () Eventualmente () Raramente () Nunca	
2	Você está familiarizado com a Agenda 2030 e suas implicações para as equipes de atenção básica
() Sim () Não	
3	A equipe realiza o planejamento dos cuidados de saúde prestados a pacientes com HIV
() Concordo totalmente () Concordo () Não concordo, nem discordo () Discordo () Discordo totalmente () Não sei responder	
4	A equipe realiza planejamento dos cuidados de saúde prestados a pacientes com tuberculose
() Concordo totalmente () Concordo () Não concordo, nem discordo () Discordo () Discordo totalmente () Não sei responder.	
5	A equipe realiza planejamento dos cuidados de saúde prestados a pacientes com hepatite
() Concordo totalmente () Concordo () Não concordo, nem discordo () Discordo () Discordo totalmente () Não sei responder	
6	A equipe realiza planejamento dos cuidados de saúde prestados a pacientes com arboviroses(

	dengue e chikungunya)
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
7	A equipe realiza planejamento dos cuidados de saúde prestados a pacientes com Raiva
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
8	O planejamento de ações de vigilância da Unidade de Saúde é compartilhada e envolve todos os membros da equipe nas decisões e planejamento das ações.
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
9	A gestão da atenção básica adota sistemas de informatização para o monitoramento de agravos mencionados anteriormente:
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
10	São adotados indicadores para o monitoramento dos agravos mencionados anteriormente
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
11	A gestão da atenção básica adota colaboração e cooperação entre diferentes setores sociais para o monitoramento dos agravos listados acima
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	

12	A equipe de saúde tem reuniões para abordar os planos de ação para melhorias dos casos dos agravos listados acima
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
13	Existem programas de controle e eliminação de doenças infecciosas e transmissíveis na Unidade de Saúde?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei responder	
(Caso a pessoa responda “Sim” na 13) Existe o monitoramento e avaliação desses programas? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei responder	
(Caso a pessoa responda “Sim” na 13) A gestão da Atenção Básica discute os resultados do monitoramento e avaliação desses programas com os profissionais das equipes responsáveis? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei responder	
14	A equipe de saúde utiliza prontuários eletrônicos (registro online do histórico do paciente) integrados?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
(Se a pessoa respondeu “Sim” na 14) Os prontuários eletrônicos auxiliam a gestão da Unidade de Saúde: ☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
15	A equipe de atenção básica planeja as ações de prevenção, controle e tratamento com base nas doenças mais prevalentes de seu território:
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	

16	Há o envolvimento da comunidade e redes sociais no planejamento das ações de prevenção, controle e tratamento no território:
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	
17	A equipe de atenção básica acompanha os casos de doenças infecciosas, transmissíveis e emergentes, bem como os casos de risco ou os casos dos agravos citados acima:
☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Não concordo, nem discordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente ☐ Não sei responder	

ANEXO F

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - SMS	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Territorialização como um projeto em construção: análise de uma proposta para a atenção primária à saúde

Pesquisador: LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74123723.4.0000.0263

Instituição Proponente: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS ESTANCIA BALNEARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.501.527

Apresentação do Projeto:

Segundo a autora:

"A territorialização é um processo dinâmico e fundamental em uma análise epidemiológica, compreender o território como um espaço vivo colaboram na compreensão e caracterização da população que é acometida por doenças negligenciadas, promovendo uma visão ampliada da situação de saúde de determinado território e o georreferenciamento pode ser uma ferramenta para auxiliar os processos de trabalho em saúde. O objetivo neste estudo será utilizar o georreferenciamento para analisar a distribuição das doenças negligenciadas e os fatores de risco coletivos para diagnosticar a situação de saúde na Unidade de Saúde da Família, tendo como lacuna da pesquisa: Como a vigilância em saúde está implicada nas estratégias de mapeamento na saúde? Este estudo será uma pesquisa longitudinal, coletando dados através de notificação compulsória na região da Unidade de Saúde da Família Valongo, no bairro Saboó, zona noeroeste da cidade de Santos no estado de São Paulo. Para isto, será necessário recolher dados relativos às doenças e agravos notificados, nos anos 2021,2022 e 2023 no caderno de notificação compulsória da Unidade de Saúde, e, através dos programas SW Maps e Google Earth Pro e georreferenciá-los. Os mapas realizados permitirão avaliar a distribuição das doenças no território, oferecendo substrato visual para análise comparativa do perfil de incidência destas doenças nos últimos 3 anos. Espera-se auxiliar a detalhar os fatores que interferem no processo saúde-doença da

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro			
Bairro: Santos		CEP: 11.013-153	
UF: SP	Município: SANTOS		
Telefone: (13)3213-5100		E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - SMS



Continuação do Parecer: 6.501.527

As informações desse parecer foram extraídas do arquivo:
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191578.pdf

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a autora:

"Abordaremos a seguinte questão: Como descrever o processo de territorialização com uso do georreferenciamento das doenças negligenciadas do território na atenção básica através das seguintes etapas: Avaliar as diferenças metodológicas do mapeamento realizado manualmente em relação ao georreferenciamento; Descrever o processo de territorialização e mapeamento de doenças negligenciadas com o emprego do georreferenciamento; Analisar a distribuição de doenças negligenciadas no espaço, tempo e população; Verificar como a ferramenta de georreferenciamento pode ser utilizada pela equipe de saúde para o planejamento de ações; Mapear a estratificação de vulnerabilidade social familiar por micro-áreas; Caracterizar o cenário de pesquisa por meio do levantamento das informações de conhecimento da equipe e da identificação através da ficha de notificação compulsória; Organizar um banco de dados de interesse à saúde para alimentar um sistema de geoprocessamento; Produção de mapas demográficos a partir das informações obtidas; Elaborar um diagnóstico situacional; Avaliar quais os atores sociais estão envolvidos no processo de adoecimento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Riscos mínimos são esperados neste estudo. O(a) entrevistado(a) poderá se sentir desconfortável ou constrangido(a) para apresentar sua sincera opinião diante do que lhe for questionado e/ou expressar informações ou experiências pessoais. Caso haja danos dos riscos previstos, a pesquisadora irá conversar com os participantes e assumirão as devidas responsabilidades.

Benefícios:

O georreferenciamento auxiliará a detalhar como a população é acometida pelas doenças negligenciadas, para realizar a vigilância e ações em saúde através da gestão compartilhada, as áreas com maior número de casos serão identificadas no mapeamento geográfico analisando os processos de saúde-doença. Além de instrumentalizar a equipe de saúde com ferramentas que

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - SMS



Continuação do Parecer: 6.501.527

poderão os auxiliar no planejamento em saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por ex residente do PRMAPS, atualmente vinculada ao programa de mestrado da UNESP, que retorna após a solicitação de alteração de pendências apresentadas em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora realizou modificações no protocolo, e apresentou carta resposta as pendências:

pendência 1: Apresenta introdução e justificativa adequadas em termos do método, mas não explica o motivo da escolha da unidade para tal. PARCIALMENTE ATENDIDA: a autora acrescenta no projeto: "A unidade do Valongo se apresenta como a unidade de escolha pela complexidade territorial que desafia o planejamento em saúde da equipe de saúde, tendo em sua área adstrita uma população residente em cortiços, morros, prédios e população em situação de rua."

pendência 2: Para a segunda etapa a autora afirma: "Serão convidadas a responder o questionário 12 pessoas ligadas a Unidade de Saúde, sendo: 3 Agentes Comunitárias de Saúde, selecionados pelo critério de conhecimento das micro-áreas; a Chefe de Seção (chefia da Unidade de Saúde); 3 Enfermeiros, 1 auxiliar administrativo, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 cirurgião-dentista e 1 membro da equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) responsável pela área da Unidade de Saúde." Porém também não justifica a escolha dessas profissões. ATENDIDA: "para que haja uma amostra variada com diferentes perspectivas buscando diminuir o viés e que seja possível coletar devido a dinâmica de trabalho da equipe."

pendência 3: O orçamento não caracteriza quem será os responsável pelos gastos, necessita ser complementado. ATENDIDA: "A pesquisa será realizada por financiamento próprio. Segue o planejamento dos recursos necessários para a pesquisa."

pendência 4: Os contatos das pesquisadoras elencados são de telefones de outros municípios, as

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro	CEP: 11.013-153
Bairro: Santos	
UF: SP	Município: SANTOS
Telefone: (13)3213-5100	E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - SMS



Continuação do Parecer: 6.501.527

autoras devem providenciar telefones de Santos ou fornecer mais formas de contato. ATENDIDA:
Pesquisadora: Lillian de Oliveira Silveira (22) 999259077 / (13) 998747973/ lillian.silveira@unesp.br
Orientadora: Professora Titular Suzely Adas Saliba Moimaz (18) 981321122 ou suzely.moimaz@unesp.br.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

a autora respondeu às pendências, não restando mais questões a serem alteradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme resolução 466/12 do CNS, esse projeto foi avaliado por um parecerista, que o apresentou ao plenário do CEP, sendo considerado APROVADO.

De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, os autores devem apresentar relatórios semestrais e final sobre o desenvolvimento do protocolo. Em caso de interrupção da pesquisa os autores devem justificar, ao sistema CEP/CONEP, os motivos da interrupção do projeto.

Além disso os autores ficam obrigados a desenvolver o projeto conforme delineado, devendo apresentar dados sobre o desenvolvimento do protocolo sempre que solicitado pelo sistema CEP/ CONEP.

Os autores devem manter os dados da pesquisa em arquivo sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, ou de (10) dez anos se houver prescrição de medicações, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191578.pdf	17/10/2023 17:33:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_v2_2out23.pdf	17/10/2023 17:22:22	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2023 17:22:08	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/10/2023 17:18:15	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	02/10/2023	LILIAN DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - SMS



Continuação do Parecer: 6.501.527

Outros	CARTARESPOSTA.pdf	10:51:03	SILVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/10/2023 10:50:33	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoLilian.pdf	08/09/2023 14:46:07	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	TERMODECONSENTIMENTODAUNID ADE.pdf	28/08/2023 20:05:40	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	TermodeCompromissodeApresentacaod eResultados.pdf	28/08/2023 20:04:23	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	Comissao de Avaliacao e Acompanhament ode Projetos de Pesquisa.pdf	28/08/2023 20:02:25	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	TERMODECOLETADE DADOS.pdf	28/08/2023 19:59:17	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	28/08/2023 17:43:29	LILIAN DE OLIVEIRA SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 11 de Novembro de 2023

Assinado por:
RUBENS GOULART PANICO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br

ANEXO G- Envio Capítulo 1

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2024-1415

Externa

Caixa de entrada x





Ciência & Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

para mim, nemre.saliba, suzely.moimaz, tania.saliba ▾

qua., 28 de ago., 00:36



 Traduza para o português

x

28-Aug-2024

Dear Dr. Silveira:

Your manuscript entitled "O uso do georreferenciamento na análise situacional dos objetivos de desenvolvimento sustentável: uma abordagem descentralizadora" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2024-1415.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

ANEXO H- Aceite para a publicação do Capítulo 2



Conciliium Journal

para mim ▾

11:30 (há 9 minutos)



Parecer sobre o Artigo:

O artigo submetido apresenta uma análise relevante e oportuna sobre os desafios enfrentados no cumprimento da agenda global de saúde, ressaltando a importância da Atenção Primária à Saúde como uma estratégia fundamental na territorialização da saúde e no suporte estrutural às equipes de vigilância em saúde. A pesquisa busca avaliar as percepções dos profissionais das equipes de Saúde da Família em relação à gestão compartilhada, à avaliação e ao monitoramento de casos e doenças presentes na Agenda 2030, além de abordar os desafios da equipe de saúde bucal. A metodologia empregada, que combina análises quantitativas e qualitativas, é particularmente valiosa, pois permite uma compreensão mais profunda das opiniões dos profissionais, refletindo um compromisso com a construção de um sistema de saúde mais integrado e colaborativo.

Embora alguns desafios tenham sido identificados, como a regionalização das metas, é importante valorizar a percepção dos trabalhadores de que a gestão compartilhada é um processo participativo. Isso demonstra uma conscientização crescente sobre a importância da colaboração entre as equipes de saúde e a comunidade, promovendo um ambiente propício para a implementação de ações mais eficazes. O artigo traz uma contribuição significativa ao debate sobre a gestão compartilhada na saúde, evidenciando não apenas as potencialidades desse modelo, mas também a disposição dos profissionais em colaborar para a melhoria dos serviços de saúde. Portanto, a aceitação do artigo para publicação é justificada, pois os resultados da pesquisa podem servir como base para futuras discussões e intervenções na área de saúde pública, especialmente no que diz respeito à saúde bucal e à integração das equipes de saúde na execução da agenda global.

Decisão Editorial: O artigo é aceito para publicação, destacando sua relevância e a importância das contribuições apresentadas.