DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2503

Revista Baiana
de Saúde Pública

RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONSTRUÇÃO DE NOVO MODELO DE MAPA INTELIGENTE COMO INSTRUMENTO DE TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aline Mitie Both Budal[a]
Verônica de Azevedo Mazza[b]
Marilene da Cruz Magalhães Buffon[c]
Rafael Gomes Ditterich[d]
Michele Jocowski[e]
Valquiria Plucheg[f]

Resumo

A respeito da territorialização na atenção primária à saúde, o presente estudo é um relato de experiência que objetiva descrever a construção de um novo modelo de mapa inteligente em uma unidade de saúde da família no município de Colombo (PR). Para a construção dos mapas foram utilizados softwares de imagem por satélite e de desenho digital. Os mapas foram confeccionados por microárea, impressos e entregues aos agentes comunitários de saúde que, durante visitas domiciliares, inseriram as informações do território. Por serem embasados em fotos por satélite, os mapas representam o território de forma realista e dinâmica, além de ter como características a facilidade em seu manuseio, pois podem ser levados a campo, e ser de fácil preenchimento de informações e compreensão. O mapa inteligente, como instrumento de uso individual do agente comunitário de saúde e de uso coletivo da equipe, se torna ferramenta importante na identificação das situações de saúde do território e no planejamento, execução e acompanhamento das atividades na comunidade. A aproximação do espaço de vivência das pessoas com a

[a] *Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: alineboth@gmail.com*
[b] *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: mazzas@ufpr.br*
[c] *Cirurgiã Dentista. Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: marilenebuffon@ufpr.br*
[d] *Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia. Docente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: rafaelditterich@yahoo.com.br*
[e] *Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michelejocowski@hotmail.com*
[f] *Enfermeira. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: vcplucheg@gmail.com*
Endereço para correspondência: *Rua Arthur Geronasso, n. 151, Boa Vista. Curitiba, Paraná, Brasil. CEP: 82560-500. E-mail:alineboth@gmail.com*

equipe de saúde por meio de mapas inteligentes no cotidiano dos serviços permite maior reconhecimento do território e maior vinculação da unidade básica de saúde à população.
Palavras-chave: Territorialização. Saúde pública. Planejamento em saúde. Atenção primária à saúde.

DEVELOPMENT OF NOVEL SMART MAP AS AN INSTRUMENT OF TERRITORIALIZATION IN PRIMARY HEALTHCARE

Abstract

Regarding the territorialization in primary healthcare, this study is an experience report on the construction of a new smart map model in a Family Health unit in Colombo, Paraná, using satellite imaging and digital drawing software. The maps were designed according to microarea, printed, and then delivered to community health agents who, during domestic visits, included territory information to it. As the maps were based on satellite images and because they can be taken to the field, they are realistic and dynamic representations of the territory that are easy to use, fill and understand. Smart maps serve as instruments for individual use by community health agents and for collective use by the team and are important tools in the identification of health situations for the territory and in the planning, execution and follow-up of community-related activities. Closer proximity between the living spaces of the general population and the health team with use of smart maps during routine work allows for more precise acknowledgement of the territory and a closer relationship between the family health unit and the population.
Keywords: Territorialization. Public health. Health planning. Primary healthcare.

ELABORACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE MAPA INTELIGENTE COMO HERRAMIENTA DE TERRITORIALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen

En relación con la territorialización en atención primaria de salud, el presente estudio es un relato de experiencia que objetivó describir la elaboración de un nuevo modelo de mapa inteligente en una unidad de salud de la familia en la ciudad de Colombo (PR, Brasil). Para la elaboración de los mapas, se utilizaron softwares de imagen por satélite y dibujo digital. Los mapas se elaboraron por microárea y, tras su impresión, fueron entregados

a los agentes comunitarios de salud para que, durante las visitas domiciliarias, se insertasen las informaciones acerca del territorio. Debido a que se basan en fotos satelitales, los mapas representan el territorio de una manera realista y dinámica, presentan la característica de facilidad en el manejo, ya que pueden llevarlos al campo, y son fáciles de completar las informaciones y de comprensión. El mapa inteligente como un mecanismo de uso individual del agente comunitario de salud y de uso colectivo del equipo se convierte en una herramienta importante para la identificación de situaciones de salud en el territorio y para la planificación, ejecución y monitoreo de actividades en la comunidad. El acercamiento del espacio vivencial de las personas con el equipo de salud por medio de mapas inteligentes en el cotidiano de los servicios de salud permite reconocer mejor el territorio y establecer un mayor vínculo entre la unidad básica de salud y la población.

Palabras clave: Territorialización. Salud pública. Planificación en salud. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, e os contatos preferenciais do usuário[1]. Na atenção primária são desenvolvidas ações organizadas multiprofissionalmente e dirigidas a populações que vivem em territórios definidos[2].

O território, na perspectiva de cotidiano vivido, é o campo no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de atenção primária à saúde. É caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de dimensões estruturais[3].

Este espaço apresenta não apenas uma delimitação física, mas também um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em construção contínua. Nesta conjuntura, a unidade de saúde da família, cujas ações são implementadas sobre um espaço previamente delimitado, utiliza-se da territorialização para instrumentalizar a organização dos processos de trabalho e práticas de saúde[4].

A territorialização é uma técnica de planejamento e gestão dos serviços que implica em coleta e análise sistemática de dados que vão informar as condições de vida e saúde de uma população em um território. Possibilita, ainda, entender os contextos de uso do

espaço, identificar vulnerabilidades, populações expostas e seleção de problemas prioritários para intervenções, assim como a avaliação dos impactos de ações em saúde[5].

Como um dos pressupostos básicos da atenção primária, a territorialização tem como finalidade a demarcação de limites das áreas de trabalho dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social; e criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários propiciando seu acesso aos atendimentos[6].

Segundo Garcia et al.[7], a identificação dos problemas de saúde do território é fundamental para a organização das práticas com foco nas necessidades da população, assim como para o alcance da integralidade da atenção.

Nessa perspectiva, desenvolveu-se um instrumento para a territorialização e planejamento dos serviços de saúde de uma região, o mapa inteligente. Este tem como finalidade melhorar a qualidade da atenção à saúde, visto que a organização das informações do território é de fundamental importância para a vigilância em saúde, planejamento, execução e acompanhamento das atividades na comunidade[8].

No mapa são delimitadas as microáreas de abrangência da unidade de saúde e das equipes de saúde da família, também são organizadas as informações necessárias para a obtenção do diagnóstico da comunidade, auxiliando, assim, a atuação da equipe no desenvolvimento de ações para atender às necessidades da população adscrita ao território[8].

Visto que o mapa inteligente se trata de uma nova tecnologia em construção e aperfeiçoamento, há ainda muitos pontos que podem ser aperfeiçoados. Dessa forma, para além da delimitação do serviço e localização de agravos de saúde, equipamentos sociais e áreas de risco, é necessário que o mapa inteligente também seja capaz de retratar a realidade dos espaços e a dinamicidade dos processos saúde-doença.

Apesar do esforço empreendido na prática da atenção primária na territorialização em saúde, há uma lacuna frequente em publicações científicas: subsidiar profissionais da área na construção de mapas que de fato auxiliem a equipe de saúde na reapropriação do território e no desenvolvimento de ações individuais e coletivas centradas em reais necessidades da comunidade.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo descrever o processo de construção de um modelo de mapa inteligente em uma unidade de saúde do município de Colombo (PR), colaborando com a Política Nacional de Promoção da Saúde, que considera prioritária a promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território em todas as suas dimensões com vistas à instrumentalização da organização dos serviços de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo apresenta um trabalho qualitativo de caráter exploratório no qual é descrito o processo de construção e implantação de um novo modelo de mapa inteligente para a territorialização e planejamento de serviço em uma unidade de saúde da família em Colombo. Este processo ocorreu durante as atividades do programa de residência multiprofissional em saúde da família da Universidade Federal do Paraná em parceria com o município.

A confecção dos mapas inteligentes ocorreu no período de junho a setembro de 2015. O território de abrangência da unidade de saúde na qual se deu a experiência possui quatro áreas nas quais atuam quatro equipes de saúde completas, com cinco microáreas cada. Do total de 20 microáreas do território, 18 estavam cobertas por agentes comunitários de saúde e 2 estavam sem agentes.

O agente comunitário de saúde (ACS) é o trabalhador da unidade que possui maior contato com o território e a população, por isso é o mais indicado a registrar mudanças espaciais e agravos em saúde[9]. Por esse motivo, definiu-se que, para maior compreensão do território, o mapa não deveria ser único e estático afixado na unidade de saúde, mas seria confeccionado por microárea para cada agente comunitário de saúde, de modo que os profissionais possuíssem o mapa inteligente de sua área de atuação. Os mapas serviriam como instrumento de trabalho do ACS facilitando a identificação de agravos e a representação do território para a equipe de saúde, que poderia trabalhar com as especificidades de cada microárea, traçando perfis, diagnósticos e ações individuais e coletivas de acordo com as doenças.

O processo de construção dos mapas inteligentes contemplou várias etapas relatadas nas subseções que seguem: "Desenho dos mapas"; "Identificação dos lotes e espaços"; "Aplicação das camadas"; "Marcação de agravos e situações de saúde".

1º DESENHO DOS MAPAS

Para que o mapa retratasse uma representação gráfica proporcional e correspondente à realidade do território, foi necessário que o desenho fosse embasado em imagens reais de quadras e loteamentos, possibilitando que o agente comunitário e a equipe de saúde reconheçam a região em que trabalham. Para auxiliar na elaboração, foram utilizados os *softwares*, Google Earth, que apresenta imagens por satélite dos espaços reais, e Photoshop, que permite desenhar digitalmente sobre qualquer imagem.

Primeiramente, buscou-se o território da unidade de saúde no Google Earth®, então foi solicitado que cada agente comunitário de saúde, visualizando a imagem, indicasse as delimitações e ruas de sua microárea. A próxima etapa foi tirar uma foto digital desta

imagem (*print screen*) que foi inserida no Photoshop. Sobre a foto, foi adicionada uma camada transparente na qual foram desenhadas digitalmente as ruas e os terrenos da microárea, e escritos os nomes dos logradouros (**Figura 1**). Após esses procedimentos, a foto por satélite, que serviu como base para o desenho, foi removida, restando apenas o desenho produzido do mapa, como mostra a **Figura 2**. Este processo se repetiu com todos os agentes comunitários de saúde e suas respectivas microáreas, totalizando 18 imagens.

Figura 1 – Foto do território

Figura 2 – Desenho das ruas e lotes da microárea

2º IDENTIFICAÇÃO DOS LOTES E ESPAÇOS

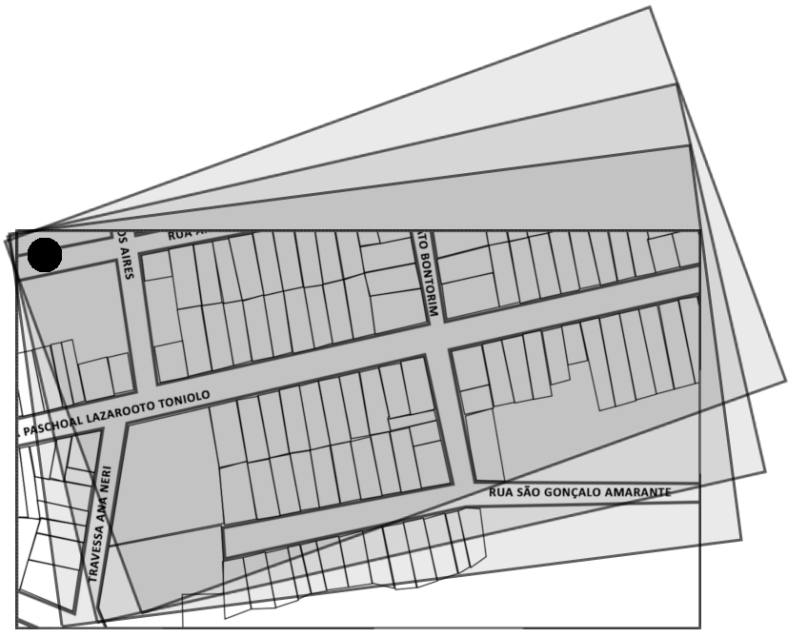
Os mapas de cada microárea foram impressos em papel cartão A4 e entregues aos agentes comunitários de saúde correspondentes a cada região. Os agentes foram a campo assimilar a disposição dos domicílios com o desenho das ruas e lotes no mapa. Desta forma, com lápis grafite cinza, numeraram cada terreno presente na imagem conforme a numeração das residências. Também identificaram locais de ocupação, comércios, terrenos vazios, equipamentos sociais e acidentes geográficos relevantes.

Após a numeração dos lotes e identificação dos espaços, os mapas foram plastificados a fim de conservar sua integridade e informações.

3º APLICAÇÃO DAS CAMADAS

A fim de permitir a clareza na visualização de várias informações de saúde e facilitar a marcação dos agravos de saúde, foram aplicadas sobre cada mapa três lâminas de plástico transparentes de retroprojetor tamanho A4. Elas foram afixadas no mapa com um eixo único no canto superior esquerdo de forma que pudessem rotacionar individualmente sobre esse eixo (**Figura 3**).

Figura 3 – Mapa com lâminas de plástico transparentes



As lâminas de plástico transparentes podem ser marcadas com tinta de canetas de diversas cores, que podem ser removidas facilmente com um pano embebido em álcool. Além disso, as lâminas possibilitam a visualização do mapa ao fundo e de todas as outras informações contidas nas camadas subjacentes a esta, de modo que a sobreposição de todas as camadas retrate o território em suas múltiplas situações de saúde. A utilização de superposição das camadas de lâminas possibilita agregar ao mapa diversas informações importantes para a análise epidemiológica de uma população definida.

4º MARCAÇÃO DE AGRAVOS E SITUAÇÕES DE SAÚDE

A partir do conhecimento prévio dos profissionais de saúde da unidade a respeito das características epidemiológicas do território, foi elaborada uma legenda na qual os nomes dos agravos de saúde mais prevalentes nas áreas e as situações sociais relevantes se associavam a símbolos e cores que os identificariam no mapa.

A legenda foi montada de maneira que, na primeira lâmina, sobre o mapa, se identificam os casos de tuberculose, hanseníase, família em risco social e acamados. Na segunda, encontram-se gestantes e crianças menores de 2 anos residentes na microárea. E na terceira lâmina é indicada a localização dos hipertensos e diabéticos adscritos ao território.

As legendas foram impressas em papel adesivo e fixadas nos mapas dos agentes. Foi escolhido esse material, visto que o território é dinâmico e que, caso haja variação na prevalência dos acometimentos de saúde, as legendas poderão ser trocadas e atualizadas com facilidade e sem danificar o mapa.

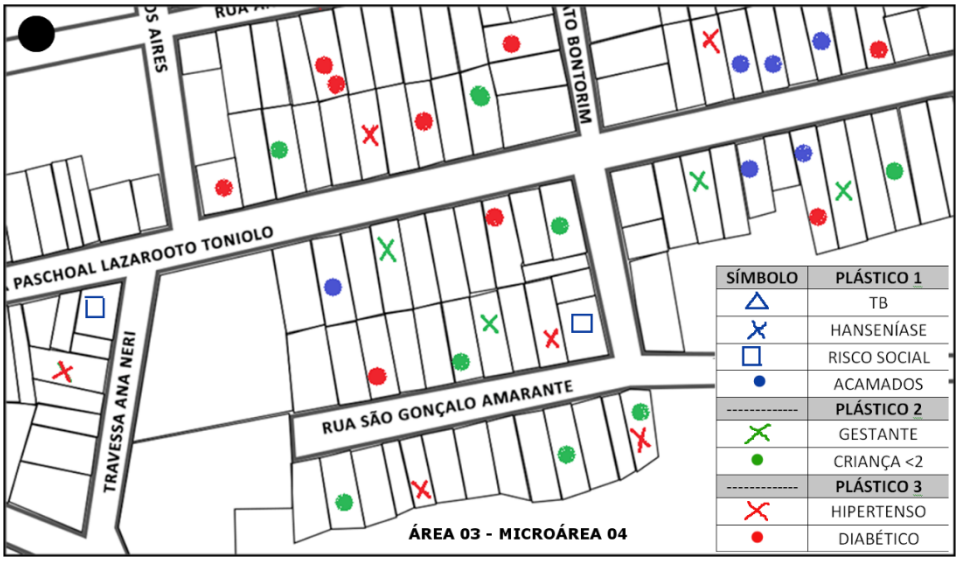
Após a estruturação do mapa, este foi novamente entregue aos agentes comunitários de saúde para que, com as canetas coloridas, marcassem nas lâminas correspondentes os locais onde se encontravam as situações de saúde segundo a indicação das legendas, como ilustra a **Figura 4**. Os dados utilizados para o preenchimento são provenientes de um instrumento convencional de trabalho dos agentes, denominado Ficha A[g], na qual, a partir de visitas domiciliares, cada um deles registrou as informações sobre a população da sua microárea, com nome, endereço, agravos de saúde de cada família, idade, sexo e quantidade de moradores em cada casa.

Finalizado o processo de confecção, os 18 agentes comunitários de saúde passaram a apresentar os mapas de suas microáreas nas reuniões semanais com suas respectivas equipes de saúde. Nestes encontros foram discutidas as características

[g] *Ficha A – ficha de cadastro de famílias e levantamento de dados sociossanitários, preenchida pelo agente comunitário de saúde no momento do cadastramento das famílias.*

da população adscrita, e a partir desse reconhecimento do território iniciou-se o desenvolvimento de ações e projetos frente aos diagnósticos levantados. Também foram definidas visitas domiciliares a serem realizadas e quais situações em saúde do território deveriam ser comunicadas e articuladas a outros equipamentos sociais de setores como da educação e da assistência social.

Figura 4 – Mapa finalizado



TB = Tuberculose

DISCUSSÃO

A política da territorialização da atenção primária à saúde no Brasil é uma proposta para a organização e gestão de ações[10]. Em geral, a criação de mapas esteve associada à delimitação das áreas de atuação das unidades, ao cadastramento e à adscrição da população aos serviços de saúde. Porém, reconhecer o território sob responsabilidade dos serviços de saúde como estratégia para o planejamento de suas ações já está suficientemente proposto. O que tem se apresentado como desafio é a elaboração de métodos que proporcionem o processo de desvelamento do território de forma que possibilite a utilização do mapa no cotidiano da equipe de saúde e o compartilhamento de suas informações com a rede intersetorial[11].

Neste trabalho, foi demonstrado um novo modelo de produção e uso de mapas inteligentes no qual se buscou a construção de um instrumento para o planejamento de ações

em saúde, possibilitando a representação do território de forma mais realista e dinâmica, a fim de buscar maior apropriação do espaço pelos trabalhadores da unidade que nele atuam.

A partir das experiências e aplicação dos novos mapas inteligentes, foi possível perceber diferenças em relação ao emprego de mapas convencionais utilizados comumente para a territorialização. Estes, apesar de serem vastamente empregados nas unidades de saúde, não apresentam padronização nem forma definida pela literatura, e por se utilizarem do desenho a "mão livre" para a representação do território, possuem grande variabilidade e, consequentemente, muitas vezes ocasionam a descontinuidade de sua utilização pela equipe[12].

Percebeu-se que os modelos de mapas convencionais dificultam o reconhecimento do território de atuação pelos trabalhadores da unidade, visto que formas e tamanhos dos desenhos apresentam distorções, não sendo compatíveis com a realidade[12]. Desta forma, dentre as potencialidades do novo modelo de mapa, destaca-se o fato de que, por ser embasado em fotografias por satélites, sua estrutura gráfica foi aperfeiçoada, favorecendo a representação do território, seu reconhecimento e identificação dos locais de agravos, e facilitando o acesso a essas áreas.

Os dados geográficos reais foram utilizados na construção do novo mapa a fim de retratar a realidade da melhor forma possível, permitindo a visualização da dinâmica do território enquanto espaço da vida.

Outra potencialidade identificada do novo mapa inteligente é o fato de que ele se propõe a facilitar o seu manuseio. Por possuir dimensões pequenas e ser feito de material plástico, é durável, podendo ser transportado com facilidade pelo território em visitas domiciliares e auxiliando o agente comunitário de saúde na compreensão de sua microárea. Os mapas convencionais geralmente ficam fixos na unidade de saúde e apresentam todas as microáreas no mesmo mapa, não permitindo seu transporte para o campo de trabalho, e, consequentemente, nem a atualização contínua por parte de cada agente comunitário de saúde.

Diante das transformações do quadro demográfico e epidemiológico que se processam no território, é fundamental a atualização periódica da comunidade pelos ACS[13].

Em relação a isso, outro ponto positivo do novo modelo de mapa é que a forma facilitada de seu preenchimento, com canetas coloridas e limpeza a álcool, simplifica seu uso e agiliza a organização das informações das microáreas, possibilitando retratar e atualizar seus territórios continuamente.

O novo modelo também apresenta inovações que favorecem a visualização do cenário epidemiológico do território. A separação de agravos e situações de saúde em diferentes

lâminas transparentes, além de auxiliar na coleta de informações sobre a comunidade, como dados epidemiológicos e sociais, proporciona a visualização da prevalência, densidade e localização dos agravos de forma a colaborar com o planejamento de ações específicas para cada situação.

Segundo Mai et al.[14], o uso de novos instrumentos para informação em saúde visa a geração de uma inteligência que permita identificar agravos, populações expostas, dados epidemiológicos e destinos para investimentos financeiros, além de produzir impacto direto e significativo na tomada de decisão da gestão.

A praticidade no manuseio e utilização de instrumentos para a informação permite que os profissionais deixem de realizar um trabalho simplesmente operacional e repetitivo e passem a trabalhar de forma analítica, avaliando cenários e situações. Essa mudança contribui para a melhoria do desempenho das políticas de saúde[14].

Outro ponto a se ressaltar é que a construção e preenchimento contínuo do mapa inteligente pelo agente comunitário de saúde permite maior inserção deste profissional nos processos de diagnóstico do território e de tomada de decisão pela equipe de saúde, visto que a apresentação da situação de saúde é o primeiro momento em um processo de planejamento[7].

Diante das potencialidades do novo modelo é possível demonstrar que, em relação aos mapas convencionais, o novo mapa apresenta um aperfeiçoamento, ampliando suas funções e possibilidades de utilização de forma mais prática pelos trabalhadores da saúde na atenção primária.

O fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma organização territorial para o funcionamento da atenção à saúde impulsiona a adoção de práticas de territorialização, trazendo, desse modo, a necessidade de maior conhecimento sobre as regiões, suas dinâmicas e meios para análise do processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária deve buscar adequação da oferta de serviços de saúde aos territórios, reconhecendo seus usos e necessidades, de modo que atendam às especificidades dessa localidade, assim como reconheçam problemas que interferem na produção social do processo saúde-doença, extrapolando a assistência à saúde.

A construção do novo modelo de mapa inteligente durante as atividades da residência multiprofissional em saúde da família na unidade de saúde permitiu maior operacionalização do trabalho, visto que presenciar e participar do cotidiano dos agentes

comunitários de saúde e equipes no decorrer da aplicação dos mapas propiciaram o reconhecimento das lacunas, resolução das necessidades encontradas e identificação do potencial de aplicabilidade do instrumento para a territorialização.

Este trabalho buscou descrever a construção do novo modelo de mapa inteligente a fim de que sua aplicação auxilie as equipes de saúde na atenção primária, sob a ótica da integralidade, além de incentivar o contínuo desenvolvimento de instrumentos eficientes para a atenção primária à saúde.

A visualização da realidade dos usuários em seu território leva os profissionais a compreender fragilidades e potencialidades do território, situação de saúde, e os instrumentaliza para o planejamento e implantação de ações estratégicas que garantam resolubilidade ao sistema.

Nesse ínterim, o desafio que se segue é de que as equipes, a partir de um processo educativo, além de se reunirem para discutir sobre as informações retratadas no mapa, sejam capazes de analisar o território buscando uma melhor compreensão sobre o espaço de vida, os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais de saúde, e a influência destes na incidência e desdobramentos dos agravos de saúde da população.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Aline Mitie Both Budal e Verônica de Azevedo Mazza.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Aline Mitie Both Budal, Verônica de Azevedo Mazza e Michele Jocowski.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Aline Mitie Both Budal, Verônica de Azevedo Mazza. Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Rafael Gomes Ditterich e Valquiria Plucheg.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Aline Mitie Both Budal e Verônica de Azevedo Mazza.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte (MG): ESPMG; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.

3. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab Educ Saúde. 2011;8(3):387-406.

4. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Gracie R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.

5. Monken M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos C, organizador. A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2008. p. 141-63.

6. Pessoa VM, Teixeira ACA, Rigotto RM, Pinheiro TMM. As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe-CE e os desafios à política pública de saúde. In: Rigotto RM, organizadora. Agrotóxicos, trabalho e saúde. Fortaleza (CE): Edições UFC; 2011. p. 549-83.

7. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, Andrade MAC. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. Trab Educ Saúde. 2017;15(1):283-300.

8. Cardoso CG, Piovesan MG, Vieira VA, Moraes RB, Henrigson D, Cardoso CR. Mapa inteligente: planejamento em ações de saúde no município de Santa Cruz do Sul. Anais do Salão de Ensino e Extensão; 2011; Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul (RS): Unisc; 2011.

9. Klebian LVA, Acioli AS. Visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família. Rev Eletr Enf. 2014;16(1):161-9.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais. Brasília (DF); 2006.

11. Rolim D, Silva L, Batista TV, Lopes F, Cavalcante E, Cacho N, et al. Uma plataforma integradora da educação no território inteligente. Anais do Simpósio Brasileiro de Informática na Educação; 2018; Fortaleza. Fortaleza (CE): SBIE; 2018. p. 208-17.

12. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Ciênc Saúde Colet. 2013;18(1):45-56.

13. Muraro, CF. Proposta de modelo para o processo de serviço do agente comunitário de saúde [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
14. Mai S, Guimarães CF, Silva JM, Hinkel JHS. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. Rev Gest Sist Saúde. 2017;6(3):210-8.
15. Monken M, Gondim G, Pereira EM, Bagatoli F, Valentim J, Valente B. Estação de territorialização: projeto e aprendizado coletivo em geografia da saúde. Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde; 2017; Dourados. Dourados (MT): Adeir Archando da Mota; 2017. p. 606-14.

Recebido: 30.4.2016. Aprovado: 9.4.2020.