

A Unidade Básica de Saúde e seu Território

Ana Maria Rigo Silva

Maria do Socorro Monteiro de Oliveira

Elizabeth de Fátima Polo de Almeida Nunes

Zelma Francisca Torres

Descentralizar para planejar: reconhecendo o território como instrumento para o planejamento local

A transformação das práticas sanitárias para implantação da Reforma Sanitária brasileira, produto de grandes lutas que se travaram nas últimas décadas, passa por um repensar da operacionalização da Unidade Básica de Saúde.

Durante as décadas de 1970 e 1980 houve uma expansão do número de Unidades Básicas de Saúde, também chamadas de Postos de Saúde ou Centros de Saúde. Este aumento, proposital, proporcionou um aumento da cobertura, melhorando de alguma forma o acesso aos serviços de saúde pela população.

Entretanto, a proposta de descentralização dos serviços, ampliação da cobertura, integralidade da assistência, regionalização dos serviços com qualidade e resolutividade e a racionalidade das ações, que inicialmente foram concebidas como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, não se realizaram e, em muitos locais, a reprodução do modelo baseado na doença, no qual o foco do trabalho é o tratamento curativo, com pouca ou nenhuma valorização

das atividades de promoção e prevenção da saúde, continua sendo a prática hegemônica.

Partimos da premissa de que saúde e doença não são estados estanques ou isolados, de que ter saúde ou doença não é obra do acaso, pois há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Parafaseando Breilh *apud* Almeida *et al.* (1998) "o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social". Sendo assim, o objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, de modo que alterações positivas nessas condições produzam progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades.

Num sentido mais pragmático, em toda a população há indivíduos sujeitos ao risco de adoecer com maior ou menor frequência, e com maior ou menor gravidade. Além disso, existem diferenças de possibilidades de "produzir condições" para sua saúde e ter acesso aos cuidados no estado da doença. Portanto, para uma determinada população, são necessárias ações e serviços de natureza e complexidade variada, atuando articulada e integralmente, com redução dos riscos de doença, sequelas e óbitos.

Neste sentido, torna-se necessário criar mecanismos para entender melhor as causas dos agravos de saúde, ampliando-se a possibilidade de enfrentá-los com êxito. Desta forma têm-se melhores condições de escolher ações, recursos e instrumentos mais efetivos, que possam promover e preservar a saúde.

Entre os princípios do SUS destaca-se o da integralidade, que traz para os serviços a responsabilidade de prestar uma assistência integral à saúde. Na assistência integral à saúde, busca-se transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, e prevenção e cura, recolocando o ser humano (olhado individualmente ou coletivamente) como centro norteador da atenção. Ressalta-se a importância de se criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento dos serviços de saúde e das comunidades, dando resposta às intercorrências ali presentes da forma mais global e

participativa possível. Integra-se à rede das relações sociais em que os indivíduos/grupos se inserem, contribuindo para um maior engajamento destes, como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida (FURTADO & TANAKA, 1998).

A distritalização da saúde, entendida como *processo social de mudança das práticas sanitárias* (MENDES, 1993), ou seja, enquanto estratégia de construção do SUS, prevê, num conjunto de bairros, regiões de um município, município, ou até num conjunto de municípios de uma região, a apropriação do território (territorialização) como elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de saúde ofertados à população.

Neste capítulo, trataremos da territorialização da Unidade Básica de Saúde como uma estratégia/instrumento para a construção de um modelo assistencial voltado para a realidade social.

Para melhor compreensão, apresentamos alguns elementos conceituais importantes nesta proposta:

- **Território Distrito Sanitário**

Tem um caráter político-administrativo e compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la, podendo ser: vários bairros de um município ou vários municípios de uma região (ALMEIDA *et al.*, 1998).

- **Território Área de Abrangência:** corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população (UNGLERT, 1993).

A acessibilidade aos serviços de saúde está intimamente vinculada às condições de vida da população e pode ser analisada sob vários enfoques (UNGLERT, 1993):

- **Geográfico:** se refere ao nível de distância a ser percorrida, associada à disponibilidade de transporte e obstáculos a serem transpostos (avenidas, ruas sem pavimentação, declives, aclives etc.);
- **Funcional:** se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade;

- Cultural: relaciona-se à inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população;
- Econômico: a totalidade dos serviços não está disponível a todos os cidadãos.

É importante destacar que o conceito de território área de abrangência envolve, ainda, a noção de co-responsabilidade da população e da unidade de saúde sobre as ações de promoção da saúde dentro desse território. Assim, a participação das lideranças locais no processo de definição da área de abrangência, e no levantamento dos principais problemas de saúde na área definida, torna-se imprescindível para o sucesso das ações de vigilância à saúde.

- Território Área de Influência: é gerada na lógica assistencial da demanda espontânea, onde a população procura atenção de seus problemas de saúde considerando as distintas modalidades de acessibilidade já colocadas (UNGLERT, 1993). Pode-se citar como exemplo aquelas pessoas que mesmo morando próximas a uma UBS, deslocam-se para outros serviços similares por terem maior afinidade com a equipe de saúde, pelo horário de atendimento, etc.

- Território Micro Área de Risco: define-se como a área de extensão territorial onde é possível afirmar que a população tem condições de vida homogênea de risco (TANCREDI *et al.*, 1993). Através da caracterização desse perfil é que serão definidas ações de saúde específicas.

- Território Domicílio: o detalhamento da base territorial no nível de domicílio possibilita a adscrição de clientela, além de favorecer o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas (UNGLERT, 1993).

- Problema de saúde: é toda situação encontrada no território estudado que sob o ponto de vista (valores, padrões) do ator social (equipe, população, governo) não deveria estar acontecendo.

- Setor censitário – é a unidade básica de coleta para o Censo Demográfico, estabelecido pelo IBGE (UNGLERT, 1993).

- Bairro – o respeito à distribuição por conglomerados estabelecidos pela própria população é desejável. Dessa forma, os

bairros, vilas e jardins que a população refere devem ser respeitados (UNGLERT, 1993).

A Unidade Básica de Saúde - UBS

A Unidade Básica de Saúde tem como objetivo atender uma determinada área de abrangência populacional, ou seja, um território.

Na perspectiva de um novo modelo assistencial, proposto pelo SUS, e que contemple, além do atendimento à demanda, também a vigilância à saúde, esse território deve ser entendido como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social (MENDES *et al.*, 1993).

Portanto, a antiga *área de abrangência* ganha outros significados, que complementam a simples delimitação geográfica, com a interação dos problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários. Esse território-processo ultrapassa a superfície do solo, as características geográficas e físicas. É na verdade um espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos sempre em movimento e que não admite simetrias. Deverá ser esquadrihado para que se possa conhecer a realidade de saúde da área socialmente determinada (MENDES *et al.*, 1993). Faz-se necessário que a apropriação do território seja realizada por parte da equipe local e com a participação da população, e esta apropriação deve ser feita de forma contínua e não enquanto fato pontual. Isto pode ser realizado, inicialmente, através de oficinas de trabalho para desencadear o processo de territorialização e, posteriormente, estar atualizando os dados através de diversas estratégias, entre elas a visita domiciliar. A visita merece ser entendida como espaço importante de se conhecer melhor a comunidade, além da prestação de cuidados e orientações de saúde.

Processo de territorialização

No processo de territorialização, as informações da área a ser estudada representam a parte mais estratégica do processo.

Na prática, freqüentemente, os sistemas de informação produzem apenas dados descritivos, assim como os computadores são utilizados só como "instrumentos de entrada de dados e não de uso desses dados" (TASCA *et al.*, 1993).

Os sistemas de informações em saúde, em geral, são constituídos por grandes bancos de dados de nível central, seja do Município, Estado ou País, com características entre outras de:

- a) grande agregação das informações, ou seja, dados gerais e não desagregados para as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, que se tornam de pouca utilidade para o nível local, que pode ter uma realidade muito diferente da média do Município. Por exemplo, para Londrina, em 1999, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 13,3/1000 nascidos vivos enquanto que na área de abrangência da UBS do União da Vitória foi de 14,3; no Lindóia foi de 28,2; no Ouro Branco de 11,0; no Marabá de 24,4 por mil nascidos vivos;
- b) levantamentos centrados na coleta de dados médicos ou de doenças;
- c) inexistência de participação da comunidade na coleta de dados.

A desagregação dos dados é condição indispensável para desmascarar desigualdades das condições de vida de uma população, permitindo um planejamento local mais adequado à realidade da área a ser estudada. Permite, ao mesmo tempo, detectar as necessidades e os problemas da população e, com análise simplificada desses dados, agrupar fâtiás da população com características semelhantes em microráreas (área homogêneas de risco), facilitando o processo de planejamento local.

As técnicas de coleta de dados por estimativa rápida participativa e a divisão do território surgem como um conjunto de métodos e técnicas de coleta e tratamento das informações relativas às necessidades básicas da população (DI VILLAROSA, 1993).

A estimativa rápida: uma técnica de pesquisa para se conhecer o território

A técnica da estimativa rápida consiste em trabalho de campo cujo objetivo é colher dados para divisão do território em microráreas quanto às condições de vida da população.

Estas condições de vida podem ser detectadas a partir de um processo que compreende, segundo Di Villarosa (1993), as seguintes etapas:

- a) um momento anterior ao próprio trabalho de campo, que inclui o levantamento das informações já disponíveis da área a ser estudada, como dados demográficos e epidemiológicos;
- b) preparo dos questionários a serem utilizados;
- c) conhecimento do território por meio de mapa inteligente (retrato de uma região localizando os problemas, recursos, etc.);
- d) formulação de hipótese de sua divisão por microráreas, com base nos dados já conhecidos pela equipe;
- e) identificação dos informantes-chaves (fonte primária) do local para realização de entrevistas para coleta de dados. A apropriada identificação destes informantes constitui-se elemento fundamental para o sucesso do processo de pesquisa e são, às vezes, mais eficazes do que as pesquisas institucionais tradicionais, e as visitas pessoais mais produtivas que os contatos telefônicos.

Utilização de fontes secundárias

No primeiro momento de uma coleta de informações, é imprescindível a busca e análise dos dados já disponíveis. Se não existirem, é preciso que seja realizado um censo, que pode ser feito por meio de cadastramento (por exemplo, o utilizado para identificação de famílias dentro do Programa de Saúde da Família). A

utilização de dados já disponíveis facilita e orienta o trabalho de campo e evita gastos e esforços na busca de dados duplicados. Estas informações podem ser encontradas no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como: Saúde, Ação Social, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, etc.; nas companhias de abastecimento de água e esgoto, limpeza urbana, energia elétrica; nos Conselhos Locais de Saúde; Departamento de Trânsito; etc. Também existem pesquisas ocasionais que podem fornecer importantes dados sobre as condições de vida, como, por exemplo, pesquisa de emprego e desemprego, PNAD (pesquisa nacional por amostra de domicílio), etc.

Utilização de fontes primárias

Tem como característica o fato de utilizar um roteiro básico apenas para direcionar o diálogo entre entrevistador e entrevistado para registro de informações qualitativas e não devem se referir às características individuais dos entrevistados ou de sua família, mas às características da área na qual moram.

É muito importante a escolha dos informantes-chaves, que devem ser moradores que conheçam as características da área que está sendo estudada.

Em linhas gerais, este roteiro deveria contemplar informações relativas a: características do solo; do meio ambiente; infra-estrutura; dotações domésticas e características sócio-econômicas, conforme consta no quadro do manual de instruções sobre estimativa rápida e divisão do território no distrito sanitário – Anexo I (DI VILLAROSA, 1993). Além destes, são necessários dados como: lugar onde foi aplicado o questionário, nome e característica do entrevistado (idade, ocupação, tempo de residência na área, tipo de informante, etc.).

A regra geral a ser seguida nos dados primários é a de identificar diferenças significativas nas condições de vida da população e,

portanto, discriminar mais especificamente os “não oficiais” (auto-construídos, esgotamento de dejetos e líquidos, etc.).

A coleta de informações deve ser adequada para cada área, refletindo a realidade estudada. Por exemplo, se o nível de renda é baixo, é oportuno discriminar em número de salários mínimos.

Reconhecendo o território

Para o reconhecimento do território é necessário um passeio ambiental pela área de abrangência a ser pesquisada, podendo ser realizado de carro ou a pé.

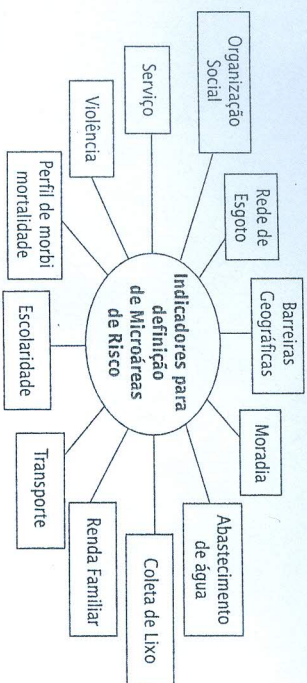
A observação pelos pesquisadores deve ser no geral e em particular, salientando aspectos físicos da área, como topografia, condições e densidade das habitações, sistema de drenagem, eventual presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, córregos, e outros aspectos visíveis que indiquem diferenças nas condições de vida entre os residentes na área.

Mapa inteligente

Mendes *et al.*, (1993) propõem uma representação gráfica interativa com os problemas que se distribuem no território, numa tentativa de ordenar esta situação de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, que se divide em: território área, território microárea e território domicílio.

Todas as informações obtidas das fontes secundárias, primárias e do passeio ambiental serão analisadas e devem ser, posteriormente, referenciadas num mapa da área de abrangência, registrando possíveis limites, barreiras geográficas e a divisão em microáreas com características de vida semelhantes. A Figura 1 esquematiza os indicadores para definição das microáreas.

FIGURA 1 - Indicadores para definição de microáreas.



Fonte: Adaptado do quadro elaborado pelo Polo Regional de Capacitação e Formação Permanente de Saúde da Família – Ponta Grossa – Paraná para o Curso Introdutório de Saúde na Família, 2000.

A visualização, em mapa, da área a ser trabalhada, é de fundamental importância. Recomenda-se a escala 1:5.000 ou 1:10.000 para áreas urbanas e escalas de 1:25.000 ou de 1:50.000 nas áreas rurais (UNGLERT, 1993).

Os mapas devem ser “mapas vivos”, com condição de colher as diferenças sociais e localizar geograficamente e socialmente as desigualdades do território (TASCA *et al.*, 1993).

Essa percepção de trabalhar de acordo com os problemas no território traz a intencionalidade e capacidade de determinar ou influenciar as práticas sanitárias, com o objetivo de mudança para um novo modelo assistencial que responda às necessidades e aos problemas de saúde da população daquele território, e não apenas à demanda espontânea.

Resgatando o próprio conceito de território-processo enquanto espaço de vida pulsante, em permanente movimento, o conhecimento deste território é um trabalho que nunca cessa e que deve fazer parte da rotina de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

As estratégias para conhecer melhor o seu território vão sendo criadas e esta é uma tarefa que não deve ser propriedade de um, mas de todos os profissionais localizados na UBS. Tomazi (1996) salienta a importância de incluir os servidores nesse processo. O grande desafio é tornar as informações obtidas instrumentos de trabalho para a construção de um novo modelo assistencial, que atenda às reais

necessidades de saúde da comunidade e que garanta espaços de efetiva participação da comunidade, exercendo o controle social.

A seguir, apresentamos um quadro, com algumas informações necessárias para o conhecimento do território; à medida que isto ocorre, novas informações vão se tornando necessárias, de forma que a UBS se torna uma eterna aprendiz de seu próprio território. O Anexo II demonstra, ainda, como podemos programar uma oficina de territorialização e estimativa rápida participativa, para ser realizada em dois dias, e descreve as técnicas, material e condições de trabalho necessários.

Quadro 1 - Resumo das informações necessárias para apropriação do Território.

Objetivo	Informações Necessárias	Como (Fontes)	Finalidade
Levantar população em número de habitantes	População por sexo e faixa etária *se possível por bairro	Dados secundários: IBGE, pesquisas anteriores Dados primários: censo local	Análise demográfica
Identificar condições de moradia	Características da construção, posse da moradia, abastecimento de água, destino dos dejetos, coleta de lixo, energia elétrica, pavimentação asfáltica.	Dados secundários: Secretaria de Planejamento, Companhia de Abastecimento de água, Esgotos e Luz. Dados primários: informantes - chave e passeio ambiental.	Análise das condições de moradia.
Identificar condições ambientais	Fontes de poluição ambiental - rios ou lagos contaminados - depósitos de lixo - Indústrias - terrenos baldios	Dados secundários - Secretaria do Meio Ambiente, IAP Dados primários: informantes - chave e passeio ambiental	Levantamento das áreas com risco ambiental.
Identificar as condições de trabalho, lazer, educação	Número de desempregados, renda, ocupação, geração de emprego na área, recursos disponíveis para lazer, taxa de analfabetismo, oferta de escolas de primeiro e segundo grau, creches.	Dados secundários: Secretarias de Educação e Secretarias da Fazenda. Dados primários: entrevistas com informantes - chave e passeio ambiental	Análise das condições sócio econômicas da população
Identificar as condições de transporte	Linhas de ônibus, horários, outros meios de transporte	Dados secundários - Prefeitura Municipal Dados primários: informantes-chave e passeio ambiental	Análise das condições de transporte disponíveis

Quadro 1 - (Continuação)

Objetivo	Informações Necessárias	Como (Fontes)	Finalidade
Levantar o perfil de morbimortalidade da área de abrangência da UBS	Número de óbitos, segundo causa básica e faixa etária; frequência de doenças de notificação obrigatória e outras; problemas de saúde do ponto de vista das lidranças; estado nutricional da população; grupos de risco (idosos, alcoolismo, gravidez na adolescência etc.)	Dados secundários: SIM, SINASC, SISVAN, SINAM, Secretarias de Saúde Dados primários - Informantes chave	Análise da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade
Identificar a infra-estrutura da UBS para o atendimento a população	Recursos humanos existentes por turno, categoria, carga horária, vínculo empregatício	Dados secundários: Secretaria de Saúde e UBS Dados primários: entrevistas na UBS	Análise dos recursos da UBS e sua adequação ao atendimento das necessidades; Planejamento e programação da oferta dos serviços da UBS
Identificar os serviços oferecidos pela UBS	- número de consultas médicas em cada clínica - programas oferecidos e cobertura - outros atendimentos da equipe - atendimento odontológico	Dados secundários - Prefeitura local Dados primários - entrevistas com informantes-chave	Análise do potencial de recursos existentes para a efetivação da mudança de propostas (agregação de forças)
Identificar as formas de organização social da comunidade	Associação de moradores; conselho local de saúde; recursos sociais; lideranças comunitárias	Dados secundários - Prefeitura local Dados primários - entrevistas com informantes-chave	Análise do potencial de recursos existentes para a efetivação da mudança de propostas (agregação de forças)
Características do Solo:			
<ul style="list-style-type: none"> • topografia: cumeadas, encostas, baixadas, etc.; • propriedade: pública, privada, não legalizada etc.; • uso predominante do solo: residencial, comercial, agrícola, área verde etc.; • tempo de urbanização; • declividade: muito íngreme, íngreme, plano; • densidade de habitações: baixa, regular, elevada. 			
Características do Meio-Ambiente, Infra-Estrutura e Dotações Domésticas:			
<ul style="list-style-type: none"> • condições de moradia: precária, semiprecária, permanente; • abastecimento de água: rede encanada com abastecimento regular, rede encanada com abastecimento irregular (frequência), ligações clandestinas à rede oficial, uso de fontes, poços, bicas, riachos etc.; • sistema de esgoto: rede oficial, fossas (de vários tipos: sépticas, úmidas, rudimentares etc.), esgotos a céu aberto, ausente; 			

Anexo 1 - Quadro com roteiro para obter informações sobre o território.

Anexo 1 - (Continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • eletricidade: rede oficial, ligações clandestinas, ausente; • sistema de coleta de lixo: regular, irregular, o lixo é acumulado em determinados lugares/queimado/jogado/etc.; • transporte: número de linhas, destino, frequência; • presença de outros equipamentos: farmácias, escolas, outros serviços públicos, etc.
Características Sócio-Econômicas:
<ul style="list-style-type: none"> • nível de renda familiar (em salários mínimos); • tipos de ocupação mais frequentes (respectivamente para homens e mulheres): trabalho dependente (em empresas de grande/pequeno porte), trabalho autônomo (ex.: pequenos comerciantes), trabalho informal (eventualmente, de que tipo: na construção civil, biscate etc.); • presença de produção doméstica ou comunitária para auto-consumo; • nível de educação médio: presença de analfabetismo (elevada, regular, baixa), grau de escolaridade médio (série/grau).

Fonte: *Manual de Instruções sobre estimativa rápida e divisão do território no distrito sanitário, OPAS, Brasília, 1993.*

Anexo 2 - Quadro de Programação de uma Oficina de Territorialização e Estimativa Rápida Participativa

Carga Horária	Atividade	Técnica e Material de Trabalho	Material, Local e Condições de Trabalho Necessários
4 horas	<p>Exposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos da Oficina • Etapas da Oficina • Sistema Único de Saúde - • Descentralização, municipalização, planejamento local e ascendente • Conceito de território, área de abrangência e de influência, microrrea homogênea de risco. <p>Discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre os objetivos da Oficina e sobre o conteúdo apresentado na exposição anterior 	Exposição oral ou trabalho em grupo ou dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> • Sala adequada para reunião de todos os participantes • Retroprojektor de transparências • Crachás para identificação dos participantes • Papel Kraft para confecção de cartazes • Fita crepe
	<p>Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discussões ocorridas nos grupos 	Plenária para apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Sala com mesas e cadeiras para se trabalhar com os mapas • Mapas do município e da área de abrangência da UBS em estudo. • Pincéis hidrográficos de cores variadas • Papel Kraft para confecção de cartazes • Fita crepe

ANEXO 2 - (continuação)

PRIMEIRO DIA

Carra Horária	Atividade	Técnica e Material de Trabalho	Material, Local e Condições de Trabalho Necessários
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Passelero ambiental pela área de abrangência da Unidade Básica de Saúde para reconhecimento inicial do território 	<ul style="list-style-type: none"> Passelero em ônibus. Os grupos deverão sair com os mapas para anotarem observações e informações que considerarem importantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ônibus ou Kombi para o transporte de todos os participantes para o reconhecimento da área de abrangência da UBS
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Registro pelos grupos das informações obtidas e observadas, troca de impressões Elaboração do questionário para entrevistas da E.R.P. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho em plenária coordenada para elaboração conjunta do questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Kraft Pincéis hidrográficos Papel Kraft Pincéis hidrográficos Computador para digitação e impressão das cópias dos questionários

SEGUNDO DIA

Carra Horária	Atividade	Técnica e Material de Trabalho	Material, Local e Condições de Trabalho Necessários
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Discussão do questionário para elucidar dúvidas de aplicação Definição hipotética de microáreas para aplicação dos questionários. Divisão dos grupos para aplicação dos questionários. Dispersão dos grupos para aplicação dos questionários. 	<ul style="list-style-type: none"> Plenária coordenada Trabalho de campo 	<ul style="list-style-type: none"> Carro para transporte dos pesquisadores até os locais de pesquisa Papel Kraft para elaboração dos painéis dos relatórios Pincéis hidrográficos de cores variadas Fita crepe Sala adequada para a fixação dos cartazes na parede para exposição pelos grupos
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Sistematização dos dados colhidos nas entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho em grupos, elaboração de painéis. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Kraft para elaboração dos painéis dos relatórios Pincéis hidrográficos de cores variadas Fita crepe Sala adequada para a fixação dos cartazes na parede para exposição pelos grupos
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da sistematização dos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação por grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Kraft Pincéis hidrográficos Lápis de cor para pintura definitiva dos mapas Cartões de cartolina para registro da avaliação individual da Oficina
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> Atribuição de pontuação e definição das microáreas homogêneas de risco. Coloração dos mapas. Levantamento dos problemas referidos na pesquisa de campo Criação da Comissão Provisória do Conselho Local de Saúde (se necessário) Avaliação da Oficina. 	<ul style="list-style-type: none"> Plenária coordenada e trabalho em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Kraft Pincéis hidrográficos Lápis de cor para pintura definitiva dos mapas Cartões de cartolina para registro da avaliação individual da Oficina

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E.S. *et al.* *Distritos Sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p. 11-25 (série Saúde & Cidadania).
- DI VILLAROSA, F.N. *A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 49 p. (série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 11).
- FURTADO, L.A.C.; TANAKA, O.Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n.6, p.587-95, dez. 1998.
- MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 93-158.
- MENDES, E.V. *et al.* Distritos Sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p.159-185.
- TANCREDI, F.B. *et al.* *Planejamento em Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (série Saúde & Cidadania).
- TASCA, R. *et al.* Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 267-310.
- TOMAZI, Z.F.T. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: SILVA, S.F. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-34.