

# PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## OFICINA 3 – TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

---

Guia do Facilitador



GOIÁS, ABRIL 2016

# **PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

## **Conselho Nacional de Secretários De Saúde - CONASS**

Presidente: João Gabbardo dos Reis

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

## **Cooperação Técnica Interinstitucional**

Governador do Estado: Marconi Ferreira Perillo Júnior

Secretário de Estado da Saúde: Leonardo Moura Vilela

Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde: Evanilde Fernandes Costa  
Gomides

Gerente de Atenção à Saúde: Marisa Aparecida de Souza e Silva

Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago – Irani Ribeiro de Moura

Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS – Gercilene Ferreira

Conselho Nacional de Secretários de Saúde: João Gabbardo dos Reis

## **Organizadores**

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Leane de Carvalho Machado

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

## **Grupo Gestor**

CONASS: Maria José de Oliveira Evangelista e Maria Zélia Soares Lins

SES: Evanilde Fernandes Costa Gomides e Marisa Aparecida de Souza e Silva

## **Grupo Condutor Estadual**

Carlos Edilson Pereira Ribeiro e Cristiane Pimenta Oliveira

Ana Cristina Gonçalves de Oliveira e Mary Alexandra da Costa

Agda Oscalino de Almeida Gonçalves e Silas Vaz Carvalho Barros

Marisa Aparecida de Sousa e Silva e Lucimar Rosa da Silva Santana

Érika Veríssimo M. Cerqueira e Sheila do Couto Pina

Milca de Freitas Q. Prado e Suely Marques Rosa  
Rosilene Martins da Silva e Oriana Nicare Gomes Rego  
Ledice Lamounier e Maria Bernadete Souza Napoli  
Carla Guimarães Alves e Lucélia Borges de Abreu Ferreira  
Stela Braga de Lima Tavares e Magda Lúcia Regis S. Barros

**Coordenadores/Facilitadores do CONASS**

Ademilde Machado Andrade  
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães  
Ana Maria Cavalcanti  
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha  
Antônio Derci Silveira Filho  
Carla Pintas Marques  
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Jane Monteiro Neves  
Leane de Carvalho Machado  
Marco Antônio Bragança Matos  
Maria Angela Leite Chaves  
Maria José de Oliveira Evangelista  
Marta Oliveira Barreto  
Maria Zélia Soares Lins  
Nereu Henrique Mansano  
Sandra Denise de Moura Sperotto  
Sílvia Maristela Pasa Takeda  
Severino Azevedo de Oliveira Junior  
Sônia Maria Souza  
Tereza Cristina Lins Amaral  
Viviane Rocha de Luiz

## APRESENTAÇÃO

No modelo da gestão da oferta historicamente praticado no Sistema Único de Saúde (SUS), a população resume-se a uma soma de indivíduos, sem criação de vínculos e responsabilidades entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Além disso, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, nem se estabelece registros potentes das pessoas usuárias e nem parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

O esgotamento desse modelo exige outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população, que se estrutura a partir do conceito de saúde, implicando numa vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Para tanto, faz-se necessário organizar alguns macroprocessos básicos da APS, tais como: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação dos riscos das subpopulações nas condições crônicas.

Definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica, estabelecer um registro dessa população, conhecer profundamente os seus riscos sociais e sanitários, classificá-la em subpopulações segundo estratos de risco, elaborando um diagnóstico fidedigno, são a base da gestão da saúde da população. Assim, a Oficina 3 vai abordar os processos básicos – territorialização, cadastramento e diagnóstico local, como ponto de partida para a construção social da APS.

Convidamos todos a revisitarem seus territórios, com o intuito de melhor compreendê-los, por meio do diagnóstico local e assim propor e colocar em prática, intervenções que possam ser efetivas e que contribuam com a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas.

Esperamos que a abordagem possibilite a ressignificação das práticas em relação a esses processos, com geração de valor aos participantes, por se tratar de seus territórios de responsabilidade sanitária e econômica.

**Sejam todos e todas bem vindos!**

## **1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**

Com o intuito de contribuir com o fortalecimento da concepção do território em saúde, seguiremos algumas etapas do processo de aprendizagem, representadas pelos seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Analisar o território como elemento estruturante para o planejamento local em saúde.

Objetivos específicos:

1. Discutir o conceito de território, sua evolução e aplicabilidade no planejamento em saúde.
2. Discutir o processo de territorialização em saúde.
3. Compreender o processo de cadastro familiar e sua importância na organização da atenção à saúde.
4. Discutir os principais elementos do diagnóstico em saúde.

## **2 DESENVOLVIMENTO DA OFICINA**

A oficina está organizada em três momentos, que envolvem atividades presenciais e de dispersão.

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 3 está estruturada de forma a trabalhar com uma série de estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. Estão propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

É recomendado material bibliográfico adicional para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina.

### 3 PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

<b>1º DIA - MANHÃ</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
8 h - 9 h	Café da manhã, Acolhimento e Abertura
9h- 10 h	Atividade 1 - Apresentação da atividade de dispersão da Oficina de Atenção Primária à Saúde
10h-10h15min	Atividade 2 - Apresentação dos objetivos e metodologia da Oficina de Território em Saúde
10h15min-11 h 15 min	Atividade 3 - Exposição dialogada: A experiência do município de Tauá na Territorialização, Cadastramento e Diagnóstico Local de sua população
11h15min-12 h	Atividade 4 - Trabalho em grupo com plenária externa: Territorialização
12 h - 13 h	Intervalo para almoço
<b>1º DIA - TARDE</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
13h- 13h30min	Dinâmica de aquecimentos nos grupos
13h30min - 15 h	Continuação da Atividade 4 - Trabalho em grupo com plenária externa: Territorialização
15h15min-15h30min	Café com prosa nos grupos
15h30 min - 17 h	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenária externa: Cadastro familiar
17 h	Encerramento

<b>2º DIA – MANHÃ</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
8 h – 8h15min	Acolhimento com um café da manhã
8h15min-8h45min	Atividade 6- Vivência em grupo: ocupando os pontos da Rede
8h45min – 10h15min	Atividade 7– Trabalho em grupo com plenária externa: Diagnóstico local
10h15min – 12 h	Atividade 8 – Trabalho em grupo com plenária externa: Analisando a Unidade de Saúde Santa Terezinha
12h-13h	Intervalo para almoço
<b>2º DIA – TARDE</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
13h-14h	Continuação da Atividade 08- Trabalho em grupo com plenária externa: Analisando a Unidade de Saúde Santa Terezinha
14 h-14h15min	Atividade 09- Dinâmica de aquecimento em plenário
14h15min- 16 h	Atividade 10 – Plenária dos trabalhos em grupo: Territorialização, cadastro familiar , diagnóstico local e o Plano de ação para a Unidade Santa Terezinha
15h- 16 h	Atividade 11 – Apresentação do vídeo: o dia que o SUS visitou o cidadão
16h-16h15min	Café com prosa
16h15min-16h45-min	Atividade 12 – Orientação para a atividade de dispersão
16h45min-17 h	Avaliação da Oficina
17 h	Encerramento

#### **4 ROTEIRO DE ATIVIDADES DA OFICINA**

##### **ATIVIDADE 1 – APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



1 hora

##### **DESCRIÇÃO:**

1. A atividade de dispersão proposta para a Oficina de Atenção Primária à Saúde foi composta por dois eixos de trabalho:

**Eixo 4 – Análise da Atenção Primária à Saúde em seu território:** Realizar a análise quantitativa e qualitativa da Atenção Primária à Saúde no seu território.

**Eixo 5 – Plano de ação para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no seu território:** A partir dos problemas identificados na análise do eixo 4, elaborar um plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para o seu território.

2. Para apresentação da atividade, será sorteada equipes em cada município.
3. Cada relator terá 10 minutos para socializar o plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.
4. Em seguida, os representantes da gestão municipal farão a apreciação e complementação das propostas apresentadas, bem como os encaminhamentos que poderão ser realizados a curto, médio e longo prazo.
5. Para finalizar, o coordenador da plenária fará o resgate dos objetivos da Oficina de Atenção Primária à Saúde e do seu grau de alcance.

**OBSERVAÇÃO:** NA OFICINA PARA OS FACILITADORES DOS MUNICÍPIOS A APRESENTAÇÃO SE DARÁ DA MESMA FORMA, APENAS SERÃO SORTEADOS PARA APRESENTAÇÕES OS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES EM CADA REGIONAL.

## **ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS E METODOLOGIA DA OFICINA DE TERRITÓRIO EM SAÚDE**



15 minutos

### **DESCRIÇÃO:**

A equipe de coordenação apresentará os objetivos da Oficina de Território em Saúde, sua relação com as demais oficinas da Planificação, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, a metodologia e, principalmente, a influência das temáticas que serão discutidas no cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde.



### **ATIVIDADE 3 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE TAUÁ NA TERRITORIALIZAÇÃO, CADASTRAMENTO E DIAGNÓSTICO LOCAL DE SUA POPULAÇÃO**



1 hora

#### **DESCRIÇÃO:**

Para iniciar as atividades da Oficina 3, o município de Tauá, que foi laboratório do CONASS em Atenção Primária à Saúde no Ceará, fará um relato de sua experiência na organização dos processos de territorialização, cadastramento e diagnóstico local de sua população.

### **ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: TERRITORIALIZAÇÃO**



45 minutos

Passo 1 – Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nesta atividade, que farão a mediação do trabalho em grupo. Antes de dar início, como de costume, faz-se necessário escolher um coordenador e um relator. Embora a constituição dos grupos seja a mesma em todos os momentos, todos os participantes terão oportunidade de exercer essas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: \_\_\_\_\_ e

Relator: \_\_\_\_\_.

Passo 2 – Discuta no grupo as questões a seguir:

- a) Qual a importância da territorialização para o trabalho das equipes da APS? Justifique.
- b) Qual a concepção do grupo sobre Território em Saúde e sua importância na programação e desenvolvimento das ações do cuidado?
- c) Qual a importância da identificação dos Determinantes Sociais de Saúde para a programação local em saúde?

Passo 3 – Antes de dar início à leitura do texto, faz-se necessário lembrar algumas orientações gerais:



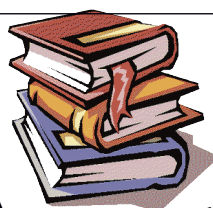
## ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto **é facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar** os **termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é **compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar no papel madeira** os termos identificados pelo grupo.

O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel afixado na parede** para que todos possam visualizar a **produção coletiva**.

Passo 4 – Compreendida as orientações, o grupo deve iniciar a leitura do texto 1 a seguir:



## TEXTO 1 – TERRITÓRIO EM SAÚDE\*

A noção de território em saúde diz respeito a uma área delimitada com sua população vinculada a uma determinada área de saúde/rede de atenção em saúde.

A forma de viver e de trabalhar dessa população alude a fatores que podem favorecer ou comprometer o processo de saúde/doença, o que é nomeado de *Determinantes Sociais de Saúde* – DSS. A *situação de saúde/doença* de uma população alude a condições agudas e a condições crônicas gerando um perfil de morbidade/mortalidade. A partir dos DSS e do perfil epidemiológico de uma população se organizam as redes de atenção à saúde, em especial, a Atenção Primária à Saúde - APS. A *rede de atenção* refere-se ao conjunto de atividades com a finalidade de promover e acompanhar a saúde de uma população, ou seja, o fornecimento de bens e serviços na área de saúde, em especial os bens e serviços públicos, oferecidos pelo SUS, à medida que estes são de responsabilidade do Estado brasileiro.

O tripé – Determinantes Sociais da Saúde, Situação de Saúde-Doença e Rede de Atenção em Saúde/APS – constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional abrange estas três dimensões. Cada uma dessas entradas

---

apresenta seus indicadores próprios possibilitando assim uma medida de tradução e de comparação desses aspectos entre várias regiões de saúde.

Os indicadores dos DSS podem ser distribuídos por categorias, conforme classificação apresentada no Portal DSS (<http://dssbr.org.site>): indicadores demográficos (população por sexo, rural/urbano, por faixa etária, por etnia); indicadores socioeconômicos (escolaridade, ocupação, rendimentos); indicadores de condições de vida (domicílios com acesso à água, esgoto, coleta de lixo, energia elétrica); indicadores de estilo de vida (acesso a eletrodoméstico, religião, atividades no tempo livre, participação em grupos). Estes indicadores refletem as condições de vida e de trabalho da população, apontando para as possibilidades e riscos de maior incidência de doenças e/ou agravos e para a demanda especificada de atenção à saúde. Alguns processos podem ser destacados, a exemplo do envelhecimento da população e da urbanização em curso, reportando a se pensar consequências e desdobramentos.

Alguns indicadores da situação de saúde-doença são as taxas de mortalidade e de morbidade (discriminadas pelos diversos fatores), verificando-se uma situação de transição demográfica e conseqüentemente epidemiológica, com redução das condições agudas e aumento das condições crônicas de saúde/doença.

Os pontos que constituem a rede de atenção à saúde, com seus indicadores próprios, são: domicílios, unidade de saúde da família, CAPS, urgências/emergências, serviços de atenção especializada e hospitais, dentre outros, apontando também para a organização do processo de trabalho na atenção primária à saúde.

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde/doença de grupos que habitam determinadas áreas, assim podemos pensar que a situação de saúde de uma população é fruto das suas condições de vida e de trabalho (DSS) bem como da atenção à saúde que lhe é dedicada.

Quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da rede de atenção à saúde, melhor será também a situação de saúde-doença dessa população. Por outro lado, os DSS e a situação epidemiológica de um território condicionam a conformação do sistema de atenção à saúde/APS. Assim, estas três variáveis estão inter-relacionadas e as políticas públicas, de educação, de emprego, de saneamento têm tudo a ver com a política de saúde.

Por fim, cabe destacar que embora a família seja considerada como o sujeito da atenção à saúde no Brasil, expressa no modelo de constituição da equipe da estratégia de saúde da família, é importante considerar a singularidade dos indivíduos que integram o grupo familiar. Assim, as crianças, os

---

adolescentes e os idosos, bem como as mulheres e os homens têm suas problemáticas específicas que precisam ser observadas.

De acordo com o geógrafo Milton Santos (2006), “o espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável, de que participam de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois, têm um papel na realização social”.

Para o mesmo autor, “o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence”.

Costa Marques (2007) considera que: “o entendimento sobre espaço e território, como dimensões complexas e dinâmicas, é fundamental para a compreensão dos fenômenos da vida, no sentido de organizar processos de intervenção coerentes e pautados nas necessidades de proteção e promoção da vida”.

A territorialização vem sendo utilizada como um dos mais importantes pressupostos na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas. Pode-se verificar a importância da territorialização em diversas iniciativas no interior do SUS, como o PSF, a Vigilância Ambiental, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e de vigilância (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Unglert (1999) aponta que a noção de base territorial é fundamental para a organização do sistema de saúde, por ser um ponto imprescindível para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde da população local. Dessa forma, a ideia de base territorial informaria, segundo critérios políticos de abrangência, área geográfica, equipamentos, dados epidemiológicos, entre outros, o ato do planejamento de ações em saúde.

Segundo Mendes (1993), há pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde:

- **Território-solo:** definido por critérios geográficos, com uma visão estática que não acompanha as mudanças contínuas do território;
- **Território-processo:** definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes do território.

---

O mesmo autor, com relação à sua divisão, cita que os territórios podem ser:

- **Território-distrito:** obedece à lógica político-administrativa, sendo adequado para municípios de grande porte, para possibilitar a aproximação entre a administração pública e a população. Seu objetivo é a delimitação de um território administrativo assistencial, contendo um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população adscrita, com vistas ao planejamento urbano e ações intersetoriais.
- **Território-área:** é um território-processo de responsabilidade de uma USF, com enfoque na vigilância à saúde. Corresponde à área de atuação de uma a no máximo três equipes de saúde. Seu objetivo é planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários/famílias residentes no território, com vistas à melhoria dos indicadores e condições de saúde da comunidade;
- **Território microárea:** é uma subdivisão do território-área de responsabilidade da equipe de saúde. Corresponde à área de atuação do ACS. Seu objeto é a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos, de risco ou não, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde.

A discussão sobre territórios e suas possibilidades na perspectiva da organização dos serviços de saúde, buscam, ao fim e ao cabo, estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde, indissociável ao processo de identificação do território e suas possibilidades, na atualidade se incorporou a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

Costa Marques (2007), ao discutir a vigilância sanitária e riscos na sociedade global, aponta que “as discussões sobre a categoria risco estão presentes atualmente em quase todas as áreas de conhecimento. Fala-se em risco na perspectiva econômica, social, política e, particularmente, na saúde pública. Esta discussão está subjacente a todos os modelos de análise e de organização das ações e programas com vistas à proteção e promoção da vida”.

Ainda segundo a autora, “Viver sob a égide dos riscos em todos os fenômenos da vida faz parte do cotidiano mundial. A sociedade do risco, meio no qual vivemos hoje, pode ser resultado de uma modificação nas atitudes, necessidades e mudanças das sociedades. As incertezas e inseguranças geradas pelos riscos, individuais ou coletivos, são inerentes à vida moderna”.

---

A formulação de políticas públicas é um passo importante para a institucionalização do controle dos riscos, já que não há possibilidade de excluí-lo da vida em sociedade. Se pensarmos nos riscos sanitários, esse debate se tornou praticamente o centro das discussões dentro do campo da saúde pública: a iminência constante de novos surtos de doenças, ou no retorno de surtos já erradicados, a exposição a agentes químicos, à poluentes ambientais etc., tudo leva à elevação dos riscos nessa sociedade global e que se torna cada vez mais complexa.

As políticas de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, saúde do idoso, da criança e da mulher, entre outras, são formas instituídas para tentar controlar os riscos aos quais as populações-alvo estão expostas, ou mesmo preveni-las e, ainda, orientá-las quanto a eles.

Para essa discussão, a autora aponta que é importante o entendimento que o estabelecimento dos riscos está diretamente ligado a diversos fatores, entre eles:

- **Complexidade do conhecimento:** o enfrentamento de riscos cada vez mais complexos e globalizados, ao lado de outros perpetuados na desigualdade precisa ser compreendido no diálogo entre diferentes códigos disciplinares para sua resolução totalizante.
- **Distribuição desigual do risco:** a desigualdade social e de acesso a bens e serviços de saúde, bem como a produtos de qualidade, água e ambientes saudáveis, deve ser considerada na implementação de ações (no caso) de vigilância sanitária em consonância com os princípios do SUS.
- **Território e riscos específicos:** Os riscos distribuem-se nos territórios, aqui compreendidos como as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros – de forma específica e característica das relações sociais, políticas, culturais e econômicas de cada localidade.

Também é importante trazer para reflexão o conceito de **Vulnerabilidade**, novo, em processo de construção, supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doença ou agravos.

Ayres (1999), Vulnerabilidade pode está determinada pela exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. O indivíduo não prescinde do coletivo, há uma relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como **lôcus** de vulnerabilidade, que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção das pessoas contra as enfermidades.

\*Texto adaptado pela equipe técnica da **Planificação da Atenção Primária do Município de Aracaju – SMS**, a partir das seguintes referências:

AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP). Redes de Atenção à Saúde. **Oficina 3 – diagnóstico local**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

MARQUES, M. C. C. **Um novo olhar sobre o território**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. **Territorialização em Saúde**. In: Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, Org.), p. 221-236, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

**Vigilância sanitária e riscos sanitários na sociedade global**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007.

Passo 5 – No processo de territorialização, o planejamento das atividades é fundamental. Com base no que foi discutido, preencha a Matriz 1 - Territorialização, respondendo às perguntas: quem, onde, quando e recursos necessários.

## ATENÇÃO – CONSULTA AO ANEXO 1



No preenchimento da matriz, sempre que necessário, consulte o anexo 1, que trata do processo de territorialização, abordando os objetivos, as metas e sua operacionalização. Bom trabalho!

**MATRIZ 1 – TERRITORIALIZAÇÃO<sup>1</sup>**

<b>Objetivo:</b>						
<b>Resultado esperado:</b>						
O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência

<sup>1</sup> Shimasaki, M. E. Oficina de Processos Básicos da Atenção Primária à Saúde. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2016.

Passo 6 – O relator deverá sistematizar as discussões da matriz para apresentação em plenária.

## **1º DIA – TARDE**

---

### **DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS**



15 minutos

### **CONTINUAÇÃO DA ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: TERRITORIALIZAÇÃO**



1 hora e 30 minutos

### **ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: CADASTRO FAMILIAR**



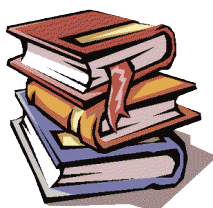
1 hora e 15 minutos

#### **DESCRIÇÃO:**

Passo 1 – Nesta atividade, a turma continuará dividida em grupos de trabalho, conforme a atividade anterior. Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a):\_\_\_\_\_ e relator(a):\_\_\_\_\_.

Passo 2 – Em seguida, o grupo deve realizar a leitura do Texto 2.





## TEXTO DE APOIO 2 - O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO<sup>2</sup> E O CADASTRO FAMILIAR<sup>3</sup>

O primeiro elemento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS.

Como se viu, as RAS, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades dessas redes, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RAS, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O cadastro familiar tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

<sup>2</sup> Texto elaborado por Marco Antônio Bragança de Matos, 2015.


<sup>3</sup> Eugenio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012.

Trata-se de uma ferramenta fundamental para a ESF porque é a partir deste que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Assim, o cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que este é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a família.

Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar e a permanente atualização deste, poderá se romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Nesse aspecto manifesta-se também uma diferença fundamental entre o modelo tradicional de APS centrado na tríade de médicos especialistas, com o modelo da ESF. Os médicos especialistas, formados no paradigma flexneriano, um deles o do individualismo, tendem a trabalhar com indivíduos: indivíduos-criança, indivíduos-mulher e indivíduos-adulto. Já a equipe da ESF e, dentro dela, os médicos de família e comunidade, são formados numa perspectiva de trabalho com populações adscritas.

Passo 3 – Após a leitura, preencha a Matriz 2 – Cadastro familiar, respondendo às perguntas quem, onde, quando e recursos necessários.



**ATENÇÃO – CONSULTA AO ANEXO 2**

No preenchimento da matriz, sempre que necessário, consulte o anexo 2, que trata do processo de cadastro familiar, abordando os objetivos, as metas e sua operacionalização. Bom trabalho!

#### MATRIZ 2 – CADASTRO FAMILIAR<sup>4</sup>

<b>Objetivo:</b>	
<b>Resultado esperado:</b>	

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência

<sup>4</sup> Shimasaki, M. E. Oficina de Processos Básicos da Atenção Primária à Saúde. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2016.

Passo 4 – O relator deverá sistematizar as discussões acerca da matriz para apresentação em plenária.

## 2º DIA – MANHÃ

### ATIVIDADE 6 –VIVÊNCIA EM GRUPO: OCUPANDO OS PONTOS DA REDE



15 minutos



#### DESCRIÇÃO:

1. Nessa atividade, o facilitador sinalizará três pontos da Rede na sala, com fita crepe, em círculo.
2. Ao som de uma música os participantes devem circular pela sala fazendo movimentos diversos, como andar, alongar, movimentar braços, ombros, pernas, pescoço, espreguiçar, movimentos respiratórios, dentre outros.
3. Ao cessar a música ou na emissão de um comando do facilitador, os participantes deverão se posicionar nos três pontos da Rede sinalizados.
4. Em cada ponto, os participantes devem observar quantos estão ocupando o espaço limitado pelo ponto, quem são os colegas que se posicionaram naquele ponto, quantos estão fora e por que, e como se sentem.
5. Ao retornar a música, os participantes voltam a circular na sala, enquanto o facilitador elimina um ponto da rede. Outra vez, ao cessar a música ou diante de outro comando, o grupo deverá se redistribuir nos dois pontos da Rede, fazendo a mesma análise do momento anterior.
6. Mais uma vez ao tocar a música, os participantes farão o mesmo procedimento, agora tendo apenas um ponto da Rede sinalizado.
7. Após a vivência, os participantes devem se sentar em círculo e socializar os sentimentos ao ocuparem os pontos da Rede.
8. O facilitador fará a sistematização da vivência resgatando a importância de cada ponto de atenção na Rede.

### ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: DIAGNÓSTICO LOCAL

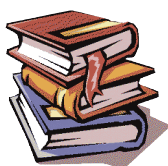


1 hora e 45 minutos

## DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Nesta atividade, a turma continuará dividida em grupos. Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, seguindo o mesmo critério desde o início, ou seja, pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a):\_\_\_\_\_ e relator(a):\_\_\_\_\_.

Passo 2 – Inicie a atividade fazendo a leitura do Texto 3 a seguir.



### TEXTO DE APOIO 3 - O DIAGNÓSTICO LOCAL

O Diagnóstico Local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade.

É um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde.

O objetivo do diagnóstico é conhecer a população da área de abrangência da UBS, seu perfil epidemiológico e os fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que influenciam na saúde dos indivíduos e da comunidade. Nesse sentido, a meta é traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de responsabilidade da equipe de saúde.

Quanto ao processo de operacionalização do diagnóstico, deve-se considerar:

- Toda a equipe de saúde deve ser envolvida no diagnóstico situacional, a partir do planejamento desse processo.
- Os dados devem ser coletados dos relatórios da territorialização e cadastro familiar e complementados com a classificação de risco das famílias e o dimensionamento da população alvo. Outros dados relativos aos indicadores dos sistemas de informação e a outros registros da própria unidade e da secretaria municipal de saúde poderão ser considerados.
- Organizar os dados por microárea, possibilitando um conhecimento mais preciso da sua população adscrita.
- Analisar os dados seguindo o roteiro de diagnóstico local (anexo 3). Este sugere uma leitura dos dados necessários para avaliar o acesso à unidade de saúde, incluindo a percepção do líder comunitário entrevistado no processo de territorialização; a população de responsabilidade

---

de da equipe de saúde; as subpopulações com as condições crônicas prioritárias, relativas às redes prioritárias definidas no planejamento estratégico (gestante, criança, hipertenso, diabético, câncer de mama e colo de útero); e alguns determinantes sociais da saúde.

- Para alguns itens do diagnóstico, será útil a comparação com os parâmetros municipais ou outros disponíveis.
- Elaborar o documento final com o diagnóstico local da área de responsabilidade da equipe de saúde e repassá-lo para a coordenação central para a etapa de elaboração do diagnóstico municipal.

No que se refere à coleta de dados, a Metodologia da Estimativa Rápida, embora não seja o único método para coletar dados amplos sobre uma área geográfica específica ou determinado problema, é o começo de um processo para obter informações que subsidiarão a elaboração do diagnóstico situacional, contribuindo para a construção do planejamento local.

É o modo de se obterem informações sobre o conjunto de problemas em curto período de tempo, sem grandes gastos de dinheiro. O termo “rápido” refere-se ao tempo disponibilizado na coleta de dados em campo e durante o período de análise. Tem por princípios não coletar dados excessivos ou impertinentes, adaptar as investigações para que reflitam as condições locais e situações específicas, e envolver o pessoal da comunidade tanto na definição de necessidades quanto na identificação de possíveis soluções.

Quanto aos dados, estes podem ser:

a) Dados Primários: são as informações coletadas diretamente por meio da relação do entrevistador/pesquisador e o *informante-chave*. Requer a utilização de roteiro de entrevista e identificação de informantes-chave, que devem ser moradores conhecedores das características geográficas e populacionais da área em estudo.

A escolha do informante-chave busca identificar, na população, pessoas com densidade de opinião, ou seja, aquelas cuja informação represente a de várias pessoas. Identificar uma liderança natural não é tarefa simples, pois nem sempre é o presidente da Associação de Moradores, podendo ser moradores antigos, donos de bares, pessoas que não têm medo de novidade, que buscam a Unidade de Saúde nas primeiras semanas de funcionamento, benzedeiros, entre outras.

Outra forma de coleta de dados é a observação, realizada por meio de um passeio ambiental, em que o próprio pesquisador registra sua percepção sobre a área estudada (aspectos físicos, condições e densidade das habitações, sistema de drenagem, presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, serviços existentes na comunidade, entre outros).

Para a realização dessa etapa é necessária a elaboração de roteiro, que contemple perguntas pertinentes aos informantes-chave e a relação do que será observado.

b) Dados Secundários: são aqueles já apresentados e disponíveis por outros organismos governamentais ou não, são essenciais para equipes que estão iniciando seu trabalho e nem sempre dispõem de tempo suficiente para realizar planejamento adequado.

As informações podem ser obtidas junto a registros oficiais como: IBGE ou demais órgãos oficiais de pesquisa, SES e SMS, Ação Social, Educação, Meio Ambiente, companhias de abastecimento de água, esgoto, limpeza urbana e energia elétrica; Conselhos de Saúde e Sistemas de Informações (SISAB, SIM, SINASC, SINAN, SIS-PRENATAL, SISCAN, entre outros). Alguns dispõem de dados com acesso pela internet.

---

#### Referência

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Gerência de Regulação e Assistência a Saúde. Gerência de Vigilância a Saúde. **Diretrizes clínicas:** organização da atenção primária à saúde. 1.ed. 2008. Coleção Uma Nova Saúde, livro 1. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>.

Passo 3 - Após leitura, preencha a Matriz 3 – Diagnóstico local, respondendo às perguntas quem, onde, quando e recursos necessários.



#### ATENÇÃO – CONSULTA AO ANEXO 3

No preenchimento da matriz, sempre que necessário, consulte o anexo , que trata do roteiro para o diagnóstico local. Bom trabalho!

#### MATRIZ 5 - DIAGNÓSTICO LOCAL<sup>5</sup>

<b>Objetivo:</b>	
<b>Resultado esperado:</b>	

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência

---

<sup>5</sup> Shimasaki, M. E. Oficina de Processos Básicos da Atenção Primária à Saúde. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2016.

Passo 4 – O relator deverá sistematizar as discussões acerca da matriz para apresentação em plenária.

## ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: ANALISANDO A UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA TEREZINHA



1 hora e 45 minutos

### DESCRIÇÃO:

Passo 1 – Nesta atividade, a turma continuará dividida em grupos. Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a): \_\_\_\_\_ e relator(a): \_\_\_\_\_.

Passo 2 – Nesta atividade, vamos conhecer a Unidade de Saúde Santa Terezinha. Leia com bastante atenção a situação da população atendida nessa Unidade.



### A UNIDADE DE SAÚDE SANTA TEREZINHA<sup>6</sup>

A Unidade de Saúde Santa Terezinha situa-se geograficamente na periferia de um dado município, distando do centro da cidade aproximadamente 10 km. Possui uma equipe de saúde da família (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, sete ACS), uma equipe de saúde bucal (um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal) e os seguintes servidores de apoio administrativo: um auxiliar de serviços gerais, uma copeira, uma recepcionista e um vigia.

A unidade funciona das 7 às 17 horas ininterruptamente e todos os profissionais têm jornada de trabalho de 8 horas diárias. O conselho local é atuante, reúne-se mensalmente e avalia o desempenho da unidade.

Esta comunidade conta apenas com a Unidade de Saúde Santa Terezinha e, quando as pessoas necessitam de consultas especializadas e exames, recorrem à policlínica no centro da cidade.

<sup>6</sup> ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP). Redes de Atenção à Saúde. **Oficina 3 – diagnóstico local**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

Segundo dados do cadastro familiar e do SISAB, vive nesse território uma população de 3 mil habitantes, no total de 1.000 domicílios. Após levantamento local pela equipe de saúde, identificou-se que, nesse território, o terreno é plano, com pouca pavimentação das ruas, sendo a maioria de terra batida. A população é desprovida de rede pluvial, quando chove a mobilidade fica dificultada. O bairro é servido por duas linhas de ônibus, sendo que uma liga bairro a bairro e a outra liga o bairro ao centro. A maioria dos domicílios é de alvenaria e com acesso à rede elétrica. Quanto ao abastecimento, 80% têm acesso à água tratada até o domicílio e apenas 50% tem rede de esgoto sanitário ligado aos domicílios. Nesse local, a coleta de lixo é realizada duas vezes por semana, exigindo dos moradores um acondicionamento do lixo até a coleta. Há uma escola pública de primeiro grau e próximo a ela há um campinho onde as crianças costumam jogar bola e que a população utiliza para caminhadas.

Segundo dados do cadastro familiar e do SISAB, 51% da população é feminina e 49% é masculina. A população desta área é constituída por 3% de crianças menores de 1 ano, 7% de crianças de 1 a 4 anos, 12% na faixa de etária de 5 a 9 anos, 8% de 10 a 14 anos, 11% de 15 a 19 anos, 52% de 20 a 59 anos e 7% de maiores de 60 anos.

Nessa comunidade, foi identificado no cadastro familiar e no SISAB que 250 famílias vivem com renda *per capita* inferior a R\$ 77,00. Foram também identificados que 150 chefes de família são analfabetos, 30% das famílias são de risco e 10% da população têm plano de saúde. A seguir, alguns dados da população.

#### Quadro 1 - Distribuição da população por faixa etária e sexo.

Faixa Etária	População Total	Masculina	Feminina
<1 ano	90	44	46
1 a 4 anos	210	103	107
5 a 9 anos	360	176	184
10 a 14 anos	240	118	122
15 a 19 anos	330	162	168
20 a 59 anos	1.560	764	796
60 a 79 anos	200	98	102
>80 anos	10	4	6
TOTAL	3.000	1.469	1.534

Fonte: Cadastro Familiar/SISAB

No quadro 2, temos algumas características epidemiológicas e assistenciais dessa população, encontradas no cadastro familiar, em outros sistemas de registro das UBS e nas demais fontes de informação (SISAB, SINASC, SIS-PRENATAL, SIM).



**Quadro 2 – Características epidemiológicas da população adscrita à UBS Santa Terezinha.**

Item	Número	Percentual
Crianças nascidas com baixo peso (último ano)	07	8,8% das crianças nascidas
Crianças nascidas com prematuridade (último ano)	06	7,1% das crianças nascidas
Crianças < 5 anos com desnutrição moderada ou grave	15	5,47% das crianças <5 anos
Crianças < 5 anos com doença respiratória moderada ou grave	16	6% das crianças < 5 anos
Adolescentes grávidas no último ano	19	21,72% do total de gestantes
Adultos e idosos com hipertensão (último ano)	319	20% da pop. > 20 anos
Adultos e idosos com diabetes (último ano)	127	8% da pop. > 20 anos
Adultos e idosos com transtornos mentais (último ano)	350	22% da pop. > 20 anos
Gestantes identificadas (último ano)	89	Nº total de gestantes do ano anterior (nº DNV) + 10%
Gestantes de risco habitual (último ano)	75	85% do total de gestantes
Gestantes de alto risco identificadas (último ano)	14	15% do total de gestantes
Número de idosos/percentual sobre a pop. total (último ano)	189	8% da população total

Fontes: SISAB, SINASC, SIM, SISPRENATAL, Cadastro Familiar, outros sistemas de registro da UBS.

Não foram identificados no SISAB, ou em outros registros da UBS, casos de tuberculose, hanseníase ou HIV positivo em nenhum dos ciclos de vida.

Em relação ao atendimento da UBS Santa Terezinha, temos, no quadro 3, os seguintes números (de acordo com o SISAB, SISCOLO, SISPRENATAL, cartão espelho de vacina e outros sistemas de registro da UBS).

**Quadro 3 – Perfil de atendimento da UBS Santa Terezinha no ano de 2013.**

ITEM	NÚMERO
Número de crianças < 1 ano inscritas e acompanhadas na puericultura	78
Número de crianças < 1 ano com vacinação em dia	77
Número de crianças < 5 anos com desnutrição moderada ou grave, inscritas e acompanhadas no último ano	13
Número de crianças < 5 anos com doença respiratória moderada ou grave, inscritas e acompanhadas no último ano	15
Número de adolescentes de 10 a 14 anos inscritos no programa de acompanhamento no último ano	170
Número de adolescentes grávidas acompanhadas no último ano	17
Adultos e idosos com hipertensão, acompanhados no último ano	250
Hipertensos de baixo risco acompanhados	101
Hipertensos de médio risco acompanhados	87
Hipertensos de alto e muito alto risco acompanhados	62
Adultos e idosos com diabetes acompanhados	110
Diabéticos sem tratamento medicamentoso acompanhados	23
Diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão acompanhados	33

Diabéticos não usuários de insulina com hipertensão acompanhados	38
Diabéticos usuários de insulina acompanhados	16
Adultos e idosos com transtornos mentais acompanhados (último ano)	280
Número de mulheres de 25 a 59 anos que realizam coleta de exame Papanicolau no último ano	224
Número de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	dato inexistente
Número de gestantes inscritas no pré-natal no último ano	85
Número de gestantes, risco habitual acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré-natal no último ano	73
Número de gestantes de alto risco, acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré-natal no último ano	12
Número de idosos > 80 anos inscritos no acompanhamento no último ano	3
Idosos de 60 a 79 anos de alto risco	12
Número de ações coletivas em saúde bucal realizadas no último ano	100
Número de usuários que fizeram avaliação individual para classificação por grau de risco no último ano	345
Número de usuários que realizaram a primeira consulta odontológica no último ano	305
Número de usuários com doença periodontal, cárie, necessidade de prótese ou alterações de tecido mole atendidos no último ano	não registrado

Fonte: SISAB, SIA, SISPRENATAL, SISCOLO, cartão espelho de vacina e outros sistemas de registro da UBS.

Como não foram identificados no SISAB ou em outros registros da UBS, casos de tuberculose, hanseníase ou HIV positivo em nenhum dos ciclos de vida, não há informações quanto ao atendimento de nenhum desses casos no perfil de atendimento da unidade.

Passo 3 – Após a leitura do caso, o grupo será dividido em dois subgrupos. Cada subgrupo deverá realizar o diagnóstico do território da Unidade de Saúde Santa Terezinha, a partir do roteiro para o diagnóstico local (anexo 3) e identificando os dados relacionados ao(à):

- território;
- geografia e ambiente;
- delimitação do território da UBS;
- urbanização/acesso;
- características dos domicílios;
- perfil demográfico, socioeconômico, institucional;
- perfil epidemiológico; e
- perfil dos serviços.

Passo 4 – Ao analisar o diagnóstico com um olhar para os determinantes sociais de saúde, o grupo deve propor um plano de ação.

Passo 5 – O relator deve sistematizar as discussões acerca do plano para apresentação em plenária.

## **2º DIA – TARDE**

---

### **CONTINUAÇÃO DA ATIVIDADE 08- TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: ANALISANDO A UNIDADE DE SAÚDE SANTA TEREZINHA**



1 hora

### **ATIVIDADE 09-DINÂMICA DE AQUECIMENTO EM PLENÁRIA**



15 minutos

#### **DESCRIÇÃO:**

A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica para aquecer os participantes no último turno da Oficina.

### **ATIVIDADE 10 - PLENÁRIA DOS TRABALHOS EM GRUPO: TERRITORIALIZAÇÃO, CADASTRO FAMILIAR, DIAGNÓSTICO LOCAL E PLANO DE AÇÃO PARA A UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA TEREZINHA**



2 horas

#### **DESCRIÇÃO:**

1. A plenária abordará os produtos dos quatro trabalhos em grupos realizados ao longo da Oficina. Assim, teremos a apresentação das sínteses das matrizes: (a) Territorialização, (b) Cadastro familiar, (c) Diagnóstico local, e o (d) Plano de ação para a Unidade de Saúde de Santa Terezinha.

2. Para cada tema, será sorteado dois grupos. Cada grupo terá 10 minutos para apresentação de sua síntese. Os demais que não forem sorteados poderão, a qualquer momento, intervir para complementar ou contrapor as discussões em plenária.
3. Os facilitadores também terão 5 minutos para apresentação da evolução da discussão em torno da temática nos grupos sob sua responsabilidade.
4. O coordenador da plenária fará o fechamento da atividade a partir das apresentações dos grupos.

### **ATIVIDADE 11-APRESENTAÇÃO DE VÍDEO: O DIA QUE O SUS VISITOU O CIDADÃO**



#### **DESCRIÇÃO:**

1. Trata da história contada em forma de cordel que fala sobre os direitos do cidadão na rede SUS. O vídeo faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, intitulada Humaniza SUS, que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A seguir, o a letra do cordel.



	<p>Esta é uma boa história          Digna de um cordel          Trata de quando o SUS          E um usuário fiel          Resolveram discutir:          Cada um o seu papel</p> <p>João sempre reclamou          Da fila e do atendimento          Sempre que precisou          Sentia um ressentimento          De nunca ser recebido          Conforme o merecimento</p> <p>Mas João nunca fez nada          Só sabia reclamar          Não sabia que ele mesmo          Poderia ajudar          Tinha vários elementos          Pra situação mudar</p>
--	---

<p>Um dia em profundo sono          O SUS lhe apareceu          Foi logo se apresentando          E explicações lhe deu          Que o SUS não é do governo</p>	<p>Mas o SUS lhe disse logo:          Melhor que você não há          Você me conhece bem          Quando precisa esta lá          Consulta ou emergência</p>
---	---

<p>Que o SUS também era seu</p> <p>E ainda disse ao dormente:          Você vai me auxiliar          A ficar mais atraente          A mais pessoas curar          E nas decisões que tomo          Você vai me ajudar</p> <p>Mas João lhe perguntou          Por que justamente eu          Não sou doutor nem político          Dinheiro só sei do meu          E missão igual a essa          Nunca me apareceu</p>	<p>Sabe onde o furo está</p> <p>Tem um jeito muito fácil          De todo mundo ajudar          Através da Ouvidoria          Você vai me procurar          E se ela não existe          Vai pedir para criar</p> <p>Mas só isso não resolve          Respondeu João na hora          É preciso muito mais          E essa solução demora          É melhor procurar outro          Vou ter que ficar de fora</p>
---	---

<p>Não tenha medo João          Foi o que disse o SUS          Não queira fugir agora          Da missão que lhe propus          Se você não ajudar          Solução não se produz</p> <p>É no grupo de trabalho          Que você tem que entrar          E a sua opinião          Lá você vai mostrar          E quando ver um problema          A solução vai buscar</p> <p>E os problemas são muitos          Emendou o SUS dizendo          Mas sei que com sua ajuda          Eles vão se resolvendo          Por que não é só você          Tem muita gente querendo</p>	<p>Mas antes de me ajudar          você precisa saber          São vários os seus direitos          Você deve apreender          Se alguém não respeitar          Você vai se defender</p> <p>Vou lhe mostrar um exemplo:          Quando você se internar          Tem direito de escolher          Quem vai lhe acompanhar          Se parente ou se amigo          Ninguém pode reclamar</p> <p>E se estiver na fila          Uma outra novidade          No atendimento do SUS          Vale a solidariedade          E quem estiver mais doente          Tem a prioridade</p>
---	--

João então respondeu  
Eu tô gostando de ver  
E o SUS lhe disse: tem mais  
Melhor ainda vai ser  
Se equipes e usuários  
Tentarem se conhecer

Pra fíndar essa conversa  
Agora preste atenção  
Todas essas mudanças  
E as outras que virão  
Tem um nome bem bonito  
É a humanização.

Então João acordou  
Meio sem acreditar  
Mas estava decidido  
Não custa nada tentar  
Se o SUS pediu ajuda  
Todo mundo tem que dar.



## ATIVIDADE 12 – ORIENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO



45 minutos

### DESCRIÇÃO:

#### FACILITADORES DA SES:

Relatório sobre a oficina com os municípios da sua Regional (facilidades e dificuldades), com fotos e consolidado das avaliações dos participantes.

Relatório das oficinas com as ESF dos municípios da sua Regional (facilidades e dificuldades encontradas e proposta de solução).

#### FACILITADORES DOS MUNICÍPIOS:

Relatório sobre a oficina com as ESF de seu município (Facilidades e dificuldades), com fotos e consolidado das avaliações dos participantes.

Encaminhamentos dados pelos gestores sobre os relatórios de dispersão das ESF.

## EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA:

A atividade de dispersão deve ser realizada por cada Equipe de Saúde abrangendo os 4 eixos descritos a seguir:

Eixo 1 - Atualização da cartografia do território.

Eixo 2 - Construção do diagnóstico do território.

Eixo 3- Análise do diagnóstico do território.

Eixo 4 - Proposição de um plano de ação priorizando os riscos do território.

Cada equipe deve eleger um relator e preparar uma apresentação do trabalho de dispersão (em *Power Point*).

## AVALIAÇÃO DA OFICINA



É chegada a hora de avaliar a Oficina. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre os dois dias de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos.

Obrigada por contribuir!



## ANEXO 1 - O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO<sup>7</sup>

O processo de territorialização desenvolve-se seguindo as fases descritas no quadro abaixo.

<b>1. Fase preparatória</b>	<p>1.1 Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização.</p> <p>1.2 Definir as responsabilidades para cada uma das fases, envolvendo no levantamento de informações, principalmente os agentes comunitários de saúde e os profissionais mais antigos ou moradores da área de abrangência.</p> <p>1.3 Identificar a existência de plano diretor municipal, projetos/estudos/mapas urbanos que contenham a identificação do território e a malha viária.</p> <p>1.4 Adquirir um mapa-base do município ou das áreas já definidas, com escala para área urbana 1:5.000 ou 1:10.000 e para zona rural 1:25.000 ou 1:50.000.</p> <p>1.5 Realizar o levantamento de dados de fontes do próprio município, plano municipal de saúde, Atlas de Desenvolvimento Social da Fundação João Pinheiro (FJP), do IBGE, Cadernos de Saúde e Sala de Situação nos sistemas de informação da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos.</p> <p>1.6 Analisar os dados levantados.</p>
<b>2. Fase de delimitação do território</b>	<p>2.1 Considerar os seguintes critérios para delimitação ou revisão do território:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• geográfico: barreiras, limites, áreas rurais;</li><li>• risco ambiental;</li><li>• densidade populacional;</li><li>• aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), sociais, culturais;</li><li>• malha viária e meios de transporte;</li><li>• equipamentos sociais;</li><li>• pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultó-</li></ul>

<sup>7</sup> Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

	<p>rios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimento, dentre outros.</p> <p>2.2 Delimitar os limites do território da UBS, considerando os critérios citados.</p> <p>2.3 Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da UBS considerando os mesmos critérios.</p>
<b>3. Fase de apropriação do território</b>	<p>3.1 Sinalizar no mapa-base os limites definidos e as características do território.</p> <p>3.2 Realizar análise do conjunto de informações.</p> <p>3.3 Confirmar ou corrigir o território da UBS ou fazer a sua revisão, caso já exista.</p>
<b>4. Fase de consulta às lideranças comunitárias</b>	<p>4.1 Mapear todos os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes chaves) procurando envolvê-los no processo de territorialização.</p> <p>4.2 Realizar entrevistas para levantar informações sobre o território e a vida das famílias e da comunidade, aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais percebidos e de relevância para a comunidade.</p> <p>4.3 Indagar sobre fatores facilitadores ou dificultadores a respeito do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e o funcionamento da unidade de saúde (ver quadro: Entrevista com lideranças comunitárias).</p>
<b>5. Fase de definição do território</b>	<p>5.1 Definir a área de abrangência da UBS e suas respectivas microáreas</p>

A entrevista com as lideranças comunitárias é fundamental para o processo de territorialização. O objetivo é conhecer a percepção do usuário sobre o atendimento da equipe de saúde, que pode ser expressa como fatores facilitadores ou dificultadores, como proposto a seguir.

	<b>ITEM</b>	<b>FATORES FACILITADORES</b>	<b>FATORES DIFICULTADORES</b>
1.	Localização e acesso à unidade		
2.	Horário de funcionamento		
3.	Informações prestadas por telefone		
4.	Manutenção e limpeza da unidade		
5.	Recepção e acolhimento na unidade: atitude relativa à cortesia, respeito, sensibilidade e simpatia, sala de espera		
6.	Tempo de espera para consultas programadas ou de urgência		
7.	Atendimento programado (consultas, grupos operativos e outros): duração do atendimento, habilidade do profissional		
8.	Lembretes aos usuários sobre atendimentos agendados ou programados e busca ativa em caso de falta		
9.	Atendimento em situações de urgência: tempo de espera, resolutividade		
10.	Atendimento na sala de vacina, farmácia e sala de curativo		
11.	Encaminhamento para consultas de especialidades		
12.	Realização de exames laboratoriais		
13.	Visitas domiciliares, ações preventivas, controle de zoonoses		
14.	Compreensão sobre a orientação feita após o atendimento, prescrição de medicamentos ou solicitação de exames		
15.	Satisfação com relação ao atendimento das necessidades do cidadão		



## **CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA**

A caracterização da área de abrangência descreve os perfis territorial ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional e define parte do diagnóstico local a ser realizado pela equipe de saúde.

### **ETAPA 1 – PERFIL TERRITORIAL – AMBIENTAL**

Utilizar os dados coletados no processo de territorialização:

#### **Território:**

- Localização urbana ou rural;
- Bairros localizados na área de responsabilidade, especificando se totalmente ou parcialmente incluídos;
- Distância do centro da cidade;
- Extensão territorial em km<sup>2</sup>;
- Maior distância entre a UBS e o limite do território.

#### **Geografia e ambiente:**

- Descrição do relevo;
- Existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais;
- Existência de fontes de água naturais, especificando a sua utilização pela população circunvizinha;
- Barreiras geográficas.

#### **Recursos existentes no território:**

- Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência/especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimento e outros.
- Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias etc.
- Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques etc.

### **Áreas de risco:**

- Áreas de risco ambiental: lixão; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos.
- Áreas de assentamentos e invasões;
- Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc.
- Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS.

### **Urbanização - acesso:**

- Pavimentação das ruas e avenidas.
- Transporte público.
- Malha viária, rodovias, ferrovias.

### **Características dos domicílios:**

- Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros.
- Número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.
- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.
- Número de domicílios com energia elétrica.
- Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

### **ETAPA 2 - PERFIL DEMOGRÁFICO**

- População total.
- População segundo faixa etária e sexo.
- População que tem plano de saúde.
- Número total de usuários do SUS.

### **ETAPA 3 - PERFIL SOCIOECONÔMICO**

- Número de chefes de família analfabetos.
- Número de famílias com renda familiar per capita inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete reais)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Fonte: Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social.

- Número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área.
- Número de famílias segundo o grau de risco.

#### **ETAPA 4 – PERFIL INSTITUCIONAL**

- Histórico da UBS.
- Localização.
- Tipologia: PSF, PACS, Unidade Tradicional.
- Acesso à UBS: topografia e transporte urbano.
- Horário de atendimento.
- Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal contratada, carga horária semanal cumprida, especialização ou residência em saúde da família, tempo de atuação na APS e tempo de atuação na UBS.
- Relação com os Conselhos Locais de Saúde, caso existam.
- Relação com as lideranças comunitárias.

## **ANEXO 2 - O PROCESSO DE CADASTRO FAMILIAR<sup>9</sup>**

### **Objetivo:**

- Conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para a programação das ações de saúde.

### **Metas:**

- Identificar e cadastrar 100% das famílias residentes na área de responsabilidade.

### **Operacionalização:**

- O processo de cadastramento das famílias das áreas de abrangência da UBS se desenvolve seguindo as fases descritas no quadro abaixo.

---

<sup>9</sup> Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

<p>1. Fase preparatória</p>	<p>a. Realizar encontros preparatórios de toda a equipe para conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• do objetivo do cadastramento;</li> <li>• da sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde e de programação de ações;</li> <li>• da sua função como instrumento de educação da família (as orientações a serem feitas à família, em geral e sobre cada um dos itens pesquisados).</li> </ul> <p>b. Apresentar e discutir a metodologia utilizada para o cadastramento, assim como o instrumento a ser aplicado.</p> <p>c. Discutir o formulário de cadastro padronizado pela SMS para aplicação junto às famílias e indivíduos do território.</p> <p>d. Elaborar o planejamento do cadastramento, envolvendo toda a equipe; identificando as microáreas definidas no processo de territorialização, seus respectivos responsáveis, os agentes comunitários de saúde e o número total e a relação de domicílios; e definindo o cronograma de visitas domiciliares.</p> <p>e. Esclarecer as lideranças locais identificadas no processo de territorialização e solicitar a sua colaboração em caso de dificuldade de acesso à alguma área ou domicílio.</p>
<p>2. Fase de execução</p>	<p>a. Priorizar na primeira etapa do cadastramento as famílias moradoras de áreas de risco.</p> <p>b. Agendar previamente as visitas, de maneira a garantir o tempo e as condições adequadas para a realização da entrevista e a maior participação de outros familiares.</p> <p>c. Aplicar o formulário em uma ou duas visitas domiciliares.</p> <p>d. Iniciar a visita apresentando-se à família, esclarecendo a vinculação à UBS e esclarecendo o objetivo do cadastro.</p> <p>e. Entrevistar preferencialmente o responsável da família, com a participação de outros familiares sempre que possível.</p> <p>f. Indagar o entrevistado sobre cada um dos itens do formulário, de maneira objetiva, mas, ao mesmo tempo, acolhedora, deixando espaço para esclarecimentos sobre o significado e importância de cada aspecto e sobre as dúvidas que surgirem.</p> <p>g. Anotar as respostas nos campos específicos do formulário, estando atentos a registrar também as impressões, questionamentos e aspectos não previstos anteriormente, mas importantes para o conhecimento daquela família.</p> <p>h. Orientar a família sobre a utilização das informações para a programação e organização do serviço de saúde.</p>



	<p>i. Realizar também orientações de educação em saúde sobre as condições e problemas identificados, como relacionamentos familiares, cuidados com o recém-nascido e outras faixas etárias de risco, consultas de controle na UBS, armazenamento e administração de medicamentos, higiene do ambiente, acondicionamento do lixo etc.</p>
3. Fase de utilização	<p>a. Lançar os dados do cadastro no e-SUS ou no Sistema de Informação Gerencial do município.</p> <p>b. Realizar momentos de apresentação e discussão da equipe sobre os dados coletados, para conhecimento da situação de saúde das famílias de cada micro-área.</p> <p>c. Utilizar as informações para a classificação por grau de risco e para programação de ações necessárias para a melhoria da condição familiar.</p>
4. Fase de atualização	<p>a. Atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar.</p> <p>b. Considerar as mudanças dinâmicas do território que possam implicar alterações da base populacional, como obras viárias, conjuntos populacionais, assentamentos urbanos e outras.</p> <p>c. Realizar anualmente uma revisão completa do cadastro das famílias da área de abrangência.</p>

### ANEXO 3 – ROTEIRO PARA O DIAGNÓSTICO LOCAL<sup>10</sup>

Item de análise	Dados	Fonte	Observação
Acesso	Distância máxima de um domicílio à UBS	Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilita a identificação dos fatores dificultadores do acesso da população adscrita à UBS, a partir dos quais elaborar um plano de ação para melhoria do acesso.</li> </ul>
	Barreiras geográficas ou de grande esforço		
	Áreas de risco ambiental e/ou urbano		
	Malha viária, pavimentação, transporte		
	Proporção população/equipe	Entrevista às lideranças comunitárias	
	Satisfação do usuário		
População adscrita	População total	Perfil demográfico – cadastro familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilita a gestão de base populacional: (i) estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos; (ii) implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população; (iii) prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.</li> </ul>
	População por sexo e faixa etária		
	Classificação de risco das famílias		
	População que tem plano de saúde		
Determinantes sociais da saúde	Número de domicílios	Perfil socioeconômico – cadastro familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilita a identificação de alguns dos elementos necessários para a classificação de risco, permitindo o monitoramento mais intenso das famílias de maior risco</li> </ul>
	Densidade família (média de integrantes por família)		
	Condições de moradia (proporção de moradias de tijolo/adobe)		
	Abastecimento de água		

<sup>10</sup> Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

	(proporção de domicílios com abastecimento de água pela rede pública)		co. • Possibilita o desenvolvimento de intervenções de promoção e prevenção.
	Destino de fezes e urina (proporção de domicílios com sistema de esgoto pela rede geral)		
	Destino do lixo (proporção de domicílios com sistema de coleta de lixo)		
	Renda familiar (proporção de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família)		
	Escolaridade (proporção de chefes de família analfabetos)		
	Recursos da comunidade: equipamentos e serviços sociais existentes, áreas de lazer, grupos culturais ou de esporte e outros	Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização	
Subpopulações com condição de saúde estabelecida	Estimativa da população alvo, total e por estrato de risco, e cobertura de atendimento das seguintes condições de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante;</li> <li>• Criança;</li> <li>• Hipertensos,</li> <li>• Diabéticos;</li> </ul>	Perfil epidemiológico: aplicação dos parâmetros de prevalência e cadastro na UBS	Possibilita a organização da atenção às condições de saúde mais prevalentes.

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero.</li></ul>		
--	---	--	--