



SL-020AB-21  
CÓD: 7908433203117

# **VERDEJANTE**

***PREFEITURA MUNICIPAL DE VERDEJANTE***  
***ESTADO DE PERNAMBUCO***

Agente Comunitário de Saúde

**EDITAL Nº 001/2021, DE 29 DE MARÇO DE 2021**

## ***Língua Portuguesa***

|   |    |
|---|----|
| 1. Fonética. Encontros Vocálicos e Consonantais. Sílabas e Tonicidade. Divisão Silábica. ....   | 01 |
| 2. Morfologia. Componentes de um Vocábulo. Classes de Palavras: Substantivo, Artigo, Adjetivo, Numeral, Pronome, Verbo, Advérbio, Preposição, Conjunção e Interjeição. .... | 02 |
| 3. Formação das Palavras. ....  | 06 |
| 4. Significação das Palavras. ....  | 07 |
| 5. Sintaxe: Concordância Nominal e Concordância Verbal. ....  | 08 |
| 6. Acentuação Gráfica. ....   | 09 |
| 7. Interpretação de Texto. ....   | 09 |
| 8. Ortografia. ....   | 23 |

## ***Conhecimentos de Verdejante***

|  |    |
|--|----|
| 1. História e Geografia do Município de Verdejante. .... | 01 |
|--|----|

## ***Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde***

|   |     |
|---|-----|
| 1. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumento. ....   | 01  |
| 2. Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território. ....  | 03  |
| 3. Ações Educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de DST/AIDS. ....                                     | 09  |
| 4. Controle Social: participação e mobilização social. ....   | 11  |
| 5. Família: conceito, tipos e estruturas familiares. ....   | 13  |
| 6. Saúde da Criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança. .... | 14  |
| 7. Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares. ....  | 30  |
| 8. Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde do homem, saúde da mulher e atenção ao idoso. ....         | 39  |
| 9. Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas. ....   | 87  |
| 10. Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções. ....                      | 99  |
| 11. Saúde Bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescentes e adultos. ....  | 100 |
| 12. Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue, esquistossomose, toxoplasmosse, febre maculosa e raiva. ....   | 100 |
| 13. Estratégia de Saúde da Família. ....  | 130 |
| 14. Noções de Ética e Cidadania. ....   | 140 |
| 15. Políticas de Saúde no Brasil – SUS: Princípios e Diretrizes. ....   | 143 |

---

## FONÉTICA. ENCONTROS VOCÁLICOS E CONSONANTAIS. SÍLABA E TONICIDADE. DIVISÃO SILÁBICA

### Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, *fonética* “é o estudo dos sons da fala de uma língua”. O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulator. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado. A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

**Sintetizando:** a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

### Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

**Sintetizando:** a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Para ficar mais claro, leia os quadrinhos:



(Gibizinho da Mônica, nº73, p.73)

O humor da tirinha é construído por meio do emprego das palavras acento e assento. Sabemos que são palavras diferentes, com significados diferentes, mas a pronúncia é a mesma. Lembra que a fonética se preocupa com o som e representa ele por meio de um Alfabeto específico? Para a fonética, então, essas duas palavras seriam transcritas da seguinte forma:

|         |       |
|---------|-------|
| ACENTO  | ASĒTU |
| ASSENTO | ASĒTU |

Percebeu? A transcrição é idêntica, já que os sons também são. Já a fonologia analisa cada som com seu significado, portanto, é ela que faz a diferença de uma palavra para a outra.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos de entender o que é fonema e letra.

**Fonema:** os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção: estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

**Letra:** as letras são as menores unidades gráficas de uma palavra.

**Sintetizando:** na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

**Sílaba:** A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que emitido em um só impulso de voz e que tem como base uma vogal.

As sílabas são classificadas de dois modos:

#### Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

– Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)

– Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)

– Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)

– Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

#### Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

– **Oxítonas:** quando a sílaba tônica é a última (ca-fé, ma-ra-cu-já, ra-paz, u-ru-bu...)

– **Paroxítonas:** quando a sílaba tônica é a penúltima (me-sa, sa-bo-ne-te, ré-gua...)

– **Proparoxítonas:** quando a sílaba tônica é a antepenúltima (sá-ba-do, tô-ni-ca, his-tó-ri-co...)

Lembre-se que:

**Tônica:** a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

**Átona:** a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra *telefone*: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

#### Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

##### Não se separa:

• **Ditongo:** encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)

• **Tritongo:** encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)

• **Dígrafo:** quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-cha-da, co-lhei-ta, fro-nha, pe-guei...)

• **Encontros consonantais inseparáveis:** re-cla-mar, psi-có-lo-go, pa-trão...)

Deve-se separar:

- **Hiatos:** vogais que se encontram, mas estão é sílabas vizinhas (sa-ú-de, Sa-a-ra, ví-a-mos...)
- Os **dígrafos** rr, ss, sc, e xc (car-ro, pás-sa-ro, pis-ci-na, ex-ce-ção...)
- **Encontros consonantais separáveis:** in-fec-ção, mag-nó-lia, rit-mo...)

**MORFOLOGIA. COMPONENTES DE UM VOCÁBULO. CLASSES DE PALAVRAS: SUBSTANTIVO, ARTIGO, ADJETIVO, NUMERAL, PRONOME, VERBO, ADVÉRBIO, PREPOSIÇÃO, CONJUNÇÃO E INTERJEIÇÃO**

**CLASSES DE PALAVRAS**

**Substantivo**

São as palavras que atribuem **nomes** aos seres reais ou imaginários (pessoas, animais, objetos), lugares, qualidades, ações e sentimentos, ou seja, que tem existência concreta ou abstrata.

**Classificação dos substantivos**

|  |   |
|--|---|
| <b>SUBSTANTIVO SIMPLES:</b> apresentam um só radical em sua estrutura.   | Olhos/água/<br>muro/quintal/caderno/<br>macaco/João/sabão             |
| <b>SUBSTANTIVOS COMPOSTOS:</b> são formados por mais de um radical em sua estrutura.   | Macacos-prego/<br>porta-voz/<br>pé-de-moleque                         |
| <b>SUBSTANTIVOS PRIMITIVOS:</b> são os que dão origem a outras palavras, ou seja, ela é a primeira.  | Casa/<br>mundo/<br>população<br>/formiga                              |
| <b>SUBSTANTIVOS DERIVADOS:</b> são formados por outros radicais da língua.   | Caseiro/mundano/<br>populacional/formigueiro                          |
| <b>SUBSTANTIVOS PRÓPRIOS:</b> designa determinado ser entre outros da mesma espécie. São sempre iniciados por letra maiúscula.                           | Rodrigo<br>/Brasil<br>/Belo Horizonte/Estátua da Liberdade            |
| <b>SUBSTANTIVOS COMUNS:</b> referem-se qualquer ser de uma mesma espécie.  | biscoitos/ruídos/estrelas/<br>cachorro/prima                          |
| <b>SUBSTANTIVOS CONCRETOS:</b> nomeiam seres com existência própria. Esses seres podem ser animados ou inanimados, reais ou imaginários.                 | Leão/corrente<br>/estrelas/fadas<br>/lobisomem<br>/saci-pererê        |
| <b>SUBSTANTIVOS ABSTRATOS:</b> nomeiam ações, estados, qualidades e sentimentos que não tem existência própria, ou seja, só existem em função de um ser. | Mistério/<br>bondade/<br>confiança/<br>lembrança/<br>amor/<br>alegria |

|  |   |
|--|---|
| <b>SUBSTANTIVOS COLETIVOS:</b> referem-se a um conjunto de seres da mesma espécie, mesmo quando empregado no singular e constituem um substantivo comum. | Elenco (de atores)/<br>acervo (de obras artísticas)/buquê (de flores) |
| <b>NÃO DEIXE DE PESQUISAR A REGÊNCIA DE OUTRAS PALAVRAS QUE NÃO ESTÃO AQUI!</b>  |   |

Flexão dos Substantivos

• **Gênero:** Os gêneros em português podem ser dois: masculino e feminino. E no caso dos substantivos podem ser biformes ou uniformes

– Biformes: as palavras tem duas formas, ou seja, apresenta uma forma para o masculino e uma para o feminino: tigre/tigresa, o presidente/a presidenta, o maestro/a maestrina

– Uniformes: as palavras tem uma só forma, ou seja, uma única forma para o masculino e o feminino. Os uniformes dividem-se em epicenos, sobrecomuns e comuns de dois gêneros.

a) Epicenos: designam alguns animais e plantas e são invariáveis: onça macho/onça fêmea, pulga macho/pulga fêmea, palmeira macho/palmeira fêmea.

b) Sobrecomuns: referem-se a seres humanos; é pelo contexto que aparecem que se determina o gênero: a criança (~~o~~ criança), a testemunha (~~o~~ testemunha), o indivíduo (~~a~~ indivíduo).

c) Comuns de dois gêneros: a palavra tem a mesma forma tanto para o masculino quanto para o feminino: o/a turista, o/a agente, o/a estudante, o/a colega.

• **Número:** Podem flexionar em singular (1) e plural (mais de 1).

– Singular: anzol, tórax, próton, casa.

– Plural: anzóis, os tórax, prótons, casas.

• **Grau:** Podem apresentar-se no grau aumentativo e no grau diminutivo.

– Grau aumentativo sintético: casarão, bocarra.

– Grau aumentativo analítico: casa grande, boca enorme.

– Grau diminutivo sintético: casinha, boquinha

– Grau diminutivo analítico: casa pequena, boca minúscula.

**Adjetivo**

É a palavra invariável que especifica e caracteriza o substantivo: imprensa **livre**, favela **ocupada**. Locução adjetiva é expressão composta por substantivo (ou advérbio) ligado a outro substantivo por preposição com o mesmo valor e a mesma função que um adjetivo: golpe **de mestre** (golpe **magistral**), jornal **da tarde** (jornal **vespertino**).

Flexão do Adjetivos

• **Gênero:**

– Uniformes: apresentam uma só para o masculino e o feminino: homem **feliz**, mulher **feliz**.

– Biformes: apresentam uma forma para o masculino e outra para o feminino: juiz **sábio**/ juíza **sábia**, bairro **japonês**/ indústria **japonesa**, aluno **chorão**/ aluna **chorona**.

• **Número:**

– Os adjetivos **simples** seguem as mesmas regras de flexão de número que os substantivos: sábio/ sábios, namorador/ namoradores, japonês/ japoneses.

– Os adjetivos **compostos** têm algumas peculiaridades: luvas branco-gelo, garrafas amarelo-claras, cintos da cor de chumbo.

• Grau:

- Grau Comparativo de Superioridade: Meu time é **mais vitorioso (do) que** o seu.
- Grau Comparativo de Inferioridade: Meu time é **menos vitorioso (do) que** o seu.
- Grau Comparativo de Igualdade: Meu time é **tão vitorioso quanto** o seu.
- Grau Superlativo Absoluto Sintético: Meu time é **famosíssimo**.
- Grau Superlativo Absoluto Analítico: Meu time é **muito famoso**.
- Grau Superlativo Relativo de Superioridade: Meu time é **o mais famoso de todos**.
- Grau Superlativo Relativo de Inferioridade; Meu time é **menos famoso de todos**.

**Artigo**

É uma palavra variável em gênero e número que antecede o substantivo, determinando de modo particular ou genérico.

• Classificação e Flexão do Artigos

- Artigos Definidos: o, a, os, as.

**O menino carregava o brinquedo em suas costas.**

**As meninas brincavam com as bonecas.**

- Artigos Indefinidos: um, uma, uns, umas.

**Um menino carregava um brinquedo.**

**Umas meninas brincavam com umas bonecas.**

**Numeral**

É a palavra que indica uma quantidade definida de pessoas ou coisas, ou o lugar (posição) que elas ocupam numa série.

• Classificação dos Numerais

- Cardinais: indicam número ou quantidade:

**Trezentos e vinte moradores.**

- Ordinais: indicam ordem ou posição numa sequência:

**Quinto ano. Primeiro lugar.**

- Multiplicativos: indicam o número de vezes pelo qual uma quantidade é multiplicada:

**O quántuplo do preço.**

- Fracionários: indicam a parte de um todo:

**Dois terços dos alunos foram embora.**

**Pronome**

É a palavra que substitui os substantivos ou os determinam, indicando a pessoa do discurso.

- Pronomes pessoais vão designar diretamente as pessoas em uma conversa. Eles indicam as três pessoas do discurso.

| Pessoas do Discurso   | Pronomes Retos<br>Função Subjetiva | Pronomes Oblíquos<br>Função Objetiva |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1º pessoa do singular | Eu                                 | Me, mim, comigo                      |
| 2º pessoa do singular | Tu                                 | Te, ti, contigo                      |
| 3º pessoa do singular | Ele, ela,                          | Se, si, consigo, lhe, o, a           |
| 1º pessoa do plural   | Nós                                | Nos, conosco                         |
| 2º pessoa do plural   | Vós                                | Vos, convosco                        |
| 3º pessoa do plural   | Eles, elas                         | Se, si, consigo, lhes, os, as        |

- Pronomes de Tratamento são usados no trato com as pessoas, normalmente, em situações formais de comunicação.

| Pronomes de Tratamento    | Emprego   |
|---------------------------|---|
| Você                      | Utilizado em situações informais.                 |
| Senhor (es) e Senhora (s) | Tratamento para pessoas mais velhas.              |
| Vossa Excelência          | Usados para pessoas com alta autoridade           |
| Vossa Magnificência       | Usados para os reitores das Universidades.        |
| Vossa Senhoria            | Empregado nas correspondências e textos escritos. |
| Vossa Majestade           | Utilizado para Reis e Rainhas                     |
| Vossa Alteza              | Utilizado para príncipes, princesas, duques.      |
| Vossa Santidade           | Utilizado para o Papa                             |

**HISTÓRIA E GEOGRAFIA DO  
MUNICÍPIO DE VERDEJANTE**

**Origem**

Verdejante é um município brasileiro do estado de Pernambuco no nordeste do Brasil. Localiza-se a uma latitude 07º55'32" sul e a uma longitude 38º58'18" oeste, estando a uma altitude de 494 metros. Possui uma população estimada em 2008 era de 9.989 habitantes e uma área de 449,17 km<sup>2</sup>. O município é constituído pelo distrito sede e pelos povoados de Grossos, Lagoa, Malhadareia, além dos sítios Boa Vista (DNOC's), Riacho Verde I e II, São Joaquim, Riachinho, São Gregório, Cacimba Nova, Angico Torto, Oiticica, dentre muitos outros.

**História**

O local onde hoje é a sede do município de Verdejante era a antiga fazenda Bezerras, situada a margem do riacho local, o Riacho Verde. Esta fazenda era de um descendente de portugueses, Cirilo Gomes de Sá, adquirida em meados do séculos passado. Cirilo descendia de importantes famílias da região do sertão pernambucano. Ele se casou com uma cearense, Maltides Tavares Muniz e tiveram vários filhos que se mantiveram residindo ali.

Um dia, o vigário que celebrava missas católicas na região, o Pe. Manoel Firmino sugeriu a construção de uma capela. O local escolhido foi doado pelos Srs. David Jacinto e seu cunhado Mariano Gomes de Sá, no dia 25 de dezembro de 1916.

No primeiro domingo de 1917, a pequena população local iniciou o carregamento das pedras para a construção dos alicerces. Essa data também foi importante para o município, pois foi neste dia que aconteceu a primeira feira pública.

A cada domingo deste ano de 1917 a população, homens, mulheres e crianças, trabalha na construção de sua capela.

A padroeira escolhida para esta capela foi Nossa Senhora do Perpétuo Socorro devido à devoção do padre católico. A imagem da padroeira chegou no dia 8 de dezembro de 1918.

A capela e a feira aglutinaram as pessoas em torno do povoado, até que houvesse interesse de homens importantes da área que Verdejante tivesse um comando político administrativo.

Em 16 de Outubro 1932 que Verdejante passou a ser Distrito.

Verdejante, pertencia ao segundo distrito do município de [[Salgueiro (Pernambuco)], cuja sede era o povoado de " Lagoa dos Milagres " até o ano de 1933. Pela divisão Administrativa realizada naquele ano foi elevada a categoria de vila, toponônimo que conservou até 31 de março de 1938, quando por força do decreto-lei Estadual nº 92, passou a denominar-se Riacho Verde, derivado do riacho que o banha, passando à denominação pelo decreto-lei nº 952 de 31 de dezembro de 1943.

O novo município, agora com o nome Verdejante, foi criado pela lei nº 3.336 de 31 de dezembro de 1958. Todavia a sua instalação somente teve lugar em 25 de março de 1962, depois de acórdão proferido pelo Supremo Tribunal Federal. A comarca

foi solenemente instalada em 3 de junho de 1962. O primeiro Juiz de Direito empossado um ano depois, Dr. Cícero Cardoso Guedes Alcanforado, muito fez em prol do segmento e paz social da comarca.

**Dados do município/localização**

Fundação: 31/12/1958  
Emancipação Política: 25 de março  
Gentílico: verdejantense  
Unidade Federativa: Pernambuco  
Mesoregião: Sertão  
Microregião: Sertão Central  
Distância para a capital: 500,00

**Dados de características geográficas**

Área: 476.034,00  
População estimada: 9430  
Densidade: 1.981,00  
Altitude: 494  
Clima: Semiárido  
Fuso Horário: UTC-3

**DADOS DO IBGE**

**Histórico**

Entre suas devoções, Dona Joaninha, esposa do Coronel David Jacinto, costumava celebrar em sua residência a festa da IMACULADA CONCEIÇÃO que consistia numa novena encerrada com procissão e realização da Santa Missa no dia 08 de dezembro. O vigário que a celebrava era o padre Manuel Firmino que sugeriu a idéia de se construir uma capela naquele local. Dado por aceite, os senhores David Jacinto e Manuel Gomes de Sá, doaram o terreno para o patrimônio, mais precisamente no dia 25 de dezembro de 1916 após celebração da missa do NATAL.

Logo no domingo seguinte (1º domingo de 1917) o povo da redondeza iniciou o transporte do material para construção da referida capela e aconteceu também nesse dia a realização da primeira feira. Estava lançada a pedra fundamental de uma nova povoação, que recebeu no nome de BEZERROS por motivo de pertencer a terrenos da fazenda do mesmo nome. Com a conclusão da construção da Capela o padre Manuel Firmino pediu que a mesma tivesse como padroeira NOSSA SENHORA DO PERPETUO DO SOCORRO, a quem dedicava grande devoção. A imagem da Padroeira chegou a Capela no dia 08 de dezembro de 1918.

Com o passar dos anos o Coronel David Jacinto, confiou o comando do Povoado ao seu cunhado José Tavares de Sá (filho de Cirilo Gomes) o qual com seu apoio dirigiu a comunidade com muita paz e prosperidade, sendo substituído posteriormente por seu filho Joaquim Tavares de Sá.

Gentílico: verdejantense

**Formação Administrativa**

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o distrito de Lagoa de Milagres figura no município de Salgueiro.

Distrito criado com a denominação de Lagoa de Milagres, pela lei municipal nº 1, de 29-11-1892, subordinado ao município de Salgueiro.

Pela lei municipal nº 80, de 06-12-1919, o distrito de Lagoa de Milagres passou a denominar-se Bezerras.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Bezerras ex-Lagoa de Milagres figura no município de Salgueiro.

Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Pelo decreto-lei estadual nº 92, de 31-03-1938, o distrito de Bezerras passou a denominar-se Riacho Verde.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Riacho Verde ex-Bezerras figura no município de Salgueiro.

Pelo decreto-lei estadual nº 952, de 31-12-1943, o distrito de Riacho Verde passou a denominar-se Verdejante.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o distrito de Verdejante ex-Riacho Verde permanece no município de Salgueiro.

Elevado à categoria de município com a denominação de Verdejante, pela lei estadual nº 3336, de 31-12-1958, desmembrado de Salgueiro. Sede no antigo distrito de Verdejante. Constituído do distrito sede. Instalado em 25-03-1962.

Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

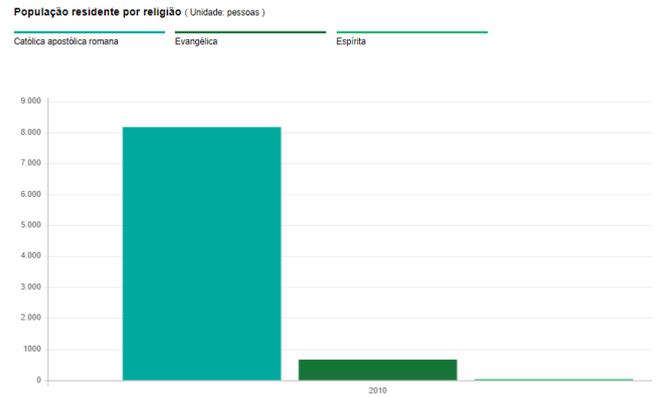
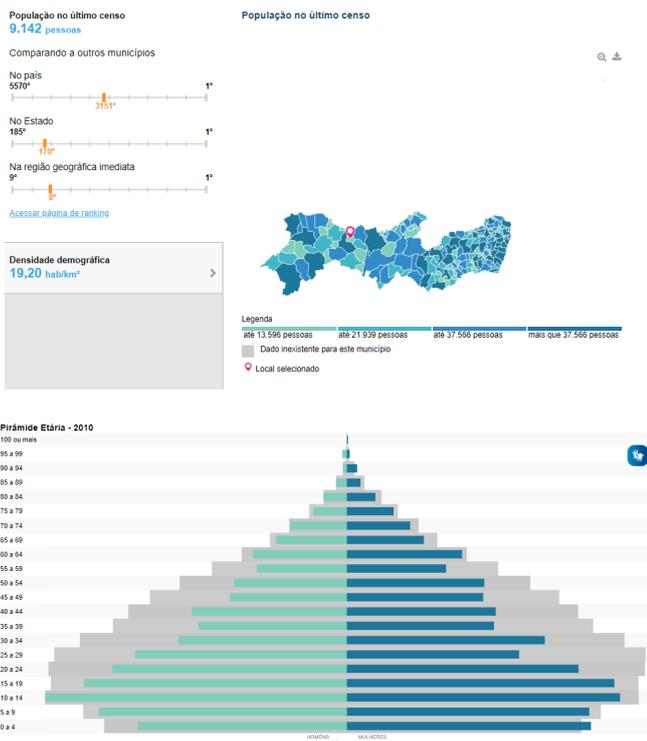
Alterações toponímicas distritais

Lagoas de Milagres para Bezerras alterado, pela lei municipal nº 80, de 06-12-1919. Bezerras para Riacho Verde alterado, pelo decreto-lei estadual nº 92, de 31-03-1938. Riacho Verde para Verdejante alterado, pelo decreto-lei estadual nº 952, de 31-12-1943.

Fonte  
IBGE

POPULAÇÃO

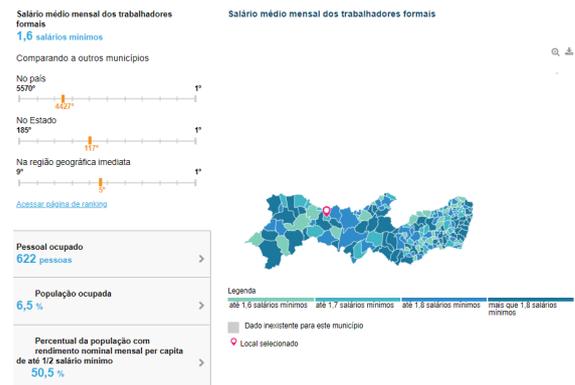
|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| População estimada [2020]        | 9.553 pessoas             |
| População no último censo [2010] | 9.142 pessoas             |
| Densidade demográfica [2010]     | 19,20 hab/km <sup>2</sup> |



TRABALHO E RENDIMENTO

Em 2018, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 117 de 185 e 122 de 185, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4427 de 5570 e 4684 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 50.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 97 de 185 dentre as cidades do estado e na posição 1303 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

|   |                      |
|---|----------------------|
| Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2018]   | 1,6 salários mínimos |
| Pessoal ocupado [2018]  | 622 pessoas          |
| População ocupada [2018]  | 6,5 %                |
| Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010] | 50,5 %               |



**CADASTRAMENTO FAMILIAR E TERRITORIAL: FINALIDADE E INSTRUMENTOS**

Sobre o cadastramento familiar e territorial, podemos afirmar que todos os dados são disponibilizados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica, conhecido também pela sigla SIAB. Tais dados são gerados pelo trabalho diário das equipes de Saúde da Família (ESF) em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Agentes Comunitários de Saúde, representam o instrumento principal para que exista o cadastramento das famílias, que identifica a situações de saneamento, saúde, educação e moradia, dando andamento a essa coleta de dados mensalmente.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA CADASTRAMENTO FAMILIAR NOTAS TÉCNICAS**

**Origem dos dados**

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia e fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, as Coordenações Municipais de Atenção Básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as Regionais de Saúde. Daí seguem para as Secretarias Estaduais, sempre fazendo as respectivas consolidações.

As bases estaduais são enviadas mensalmente para o Datasus, quando então é consolidada a base nacional.

É importante esclarecer que os relatórios emitidos pelo SIAB, quando solicitados por Regional, Estado ou Nacional, excluem municípios que não informaram todos os meses do período selecionado, razão pela qual se poderá ter indicadores diferentes no cruzamento das variáveis aqui disponibilizadas, a não ser que se utilize os mesmos critérios.

**Crítica dos dados**

O Ministério da Saúde, quando disponibiliza os indicadores do SIAB, através de publicações, como por exemplo, o "Sistema de Informação da Atenção Básica - Indicadores 2002", na consolidação por Estado, Região e Brasil exclui municípios que não informaram todos os meses do período. Aplica também uma rotina para a crítica dos dados.

Esta rotina se baseia na definição de critérios, a partir dos quais se define pela inclusão ou exclusão do município na base de dados para análise - "base limpa". Foram definidos critérios de verificação de erros e inconsistências, tanto para a base de dados de cadastro quanto para a base de dados de situação de saúde. Ainda não foram definidos critérios para limpeza da base de dados de produção.

Após aplicação das rotinas de limpeza, obtêm-se duas "bases limpas": a base de cadastro e a base de situação de saúde. A "base limpa" de cadastro exclui os municípios com erros ou inconsistências relacionados a qualquer um dos critérios considerados. A "base limpa" de situação de saúde inclui ou exclui o município com relação a cada um dos indicadores analisados. Vale ressaltar que, como as rotinas são independentes, a exclusão de um município numa das bases não implica na sua exclusão da outra base.

**Descrição das variáveis disponíveis para tabulação**

Através da Internet, o Datasus disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de acordo com a base de dados recebida, sem críticas:

**Localidade**

Local (município, região metropolitana; microregião, aglomerado urbano, regional de saúde, macrorregional de saúde, UF ou região) onde as ESF e/ou de ACS atuam.

**Ano**

Ano de competência dos dados. Estão disponíveis dados a partir de 1998. Para cada ano, é apresentada a situação em dezembro, a não ser no ano corrente, quando é apresentada a situação do último mês disponível.

**Tipo de equipe**

Opção para dados agregados ou em separado referente ao tipo de equipe:

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESFSB1 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 1

ESFSB2 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 2

EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

Outros

Modelo de atenção

Opção para dados agregados ou em separado referente aos modelos PACS, PSF e outros.

**Zona**

*Se rural ou urbana ou ambas.*

**Cadastramento Familiar**

O cadastramento das famílias e pessoas das áreas de abrangência do PACS/PSF é realizado no início dos trabalhos das equipes e atualizado anualmente ou sempre que necessário. É consolidado a partir da ficha A.

Nº Famílias

Famílias Cadastradas: total de famílias cadastradas.

Nº Pessoas

Pessoas Cadastradas: total de pessoas cadastradas.

Mulheres <1ano, Mulheres 1a4a, Mulheres 5a6a, Mulheres 7a9a, Mulheres 10a14a, Mulheres 15a19a, Mulheres 20a39a, Mulheres 40a49a, Mulheres 50a59a, Mulheres >60anos

Homens <1ano, Homens 1a4a, Homens 5a6a, Homens 7a9a, Homens 10a14a, Homens 15a19a, Homens 20a39a, Homens 40a49a, Homens 50a59a, Homens >60anos

Número de pessoas cadastradas por sexo (mulheres e homens) nas seguintes faixas etárias:

<1ano - todas as crianças até 11 meses e 29 dias;

1a4a - crianças de 1 ano completo até 4 anos, 11 meses e 29 dias; 5a6a - crianças de 5 anos completos até 6 anos, 11 meses e 29 dias; 7a9a - crianças de 7 anos completos até 9 anos, 11 meses e 29 dias; 10a14a - de 10 anos completos até 14 anos, 11 meses e 29 dias; 15a19a - de 15 anos completos até 19 anos, 11 meses e 29 dias; 20a39a - de 20 anos completos até 39 anos, 11 meses e 29 dias; 40a49a - de 40 anos completos até 49 anos, 11 meses e 29 dias; 50a59a - de 50 anos completos até 59 anos, 11 meses e 29 dias; >60anos - de 60 anos completos em diante.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

### Criança 7a14a.escola

Crianças de 7 a 14 anos na escola: número de pessoas matriculadas e freqüentando regularmente a escola, mesmo aquela que estiver de férias no momento do cadastramento mas que freqüentará a escola no período letivo seguinte.

### Adulto 15a+ alfabet

Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas: número de pessoas que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado.

Alcoolismo 0a14a, Chagas 0a14a, DefFísica 0a14a, Diabetes 0a14a, DistMental 0a14a, Epilepsia 0a14a, HipertArter 0a14a, Hanseníase 0a14a, Malária 0a14a, Tuberculose 0a14a, Gestantes 10a19a, Alcoolismo 15a+, Chagas 15a+, DefFísica 15a+, Diabetes 15a+, DistMental 15a+, Epilepsia 15a+, HipertArter 15a+, Hanseníase 15a+, Malária 15a+, Tuberculose 15a+, Gestantes 20a+

Número de casos atuais de doenças ou condições referidas pela família, por faixa etária. Não é necessária comprovação do diagnóstico. São as seguintes as doenças ou condições referidas:

- Alcoolismo - ALC
- Chagas - CHA
- DefFísica - DEF (Deficiência física)
- Diabetes - DIA
- DistMental - DME (Distúrbio mental)
- Epilepsia - EPI
- HiperArter - HA (Hipertensão arterial)
- Hanseníase - HAN
- Malária - MAL
- Tuberculose - TB
- Gestantes - GES

As faixas etárias são:  
0a14a - 0 a 14 anos  
15a+ - 15 anos e mais

Para o número de gestantes, as faixas etárias são:  
1019a - 10 a 19 anos  
20a+ - 20 anos e mais  
Pes.Cob. Pl. Saúde

Pessoas com cobertura de Plano de Saúde: total de pessoas com cobertura de plano de saúde. É considerado como plano de saúde qualquer seguro para assistência médica privativa de qualquer tipo (hospitalizações, consultas, exames laboratoriais, etc.) pago pela família ou por outro (empregador de algum membro da família, parentes, etc.)

### **Cadastramento das famílias**

A etapa inicial de seu trabalho é o cadastramento das famílias de sua micro área – o seu território de atuação – com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas.

Conhecer o número de pessoas da comunidade por faixa etária e sexo é importante, pois há doenças que acometem mais crianças do que adultos ou mais mulheres que homens, o que influenciará no planejamento da equipe.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc.

É importante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc.

Para melhor desenvolver seu trabalho com essa população indígena, você pode buscar apoio técnico e articulação junto à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena de sua cidade, se houver. Você também pode verificar se na secretaria de saúde existe alguma equipe ou setor que trate das questões de saúde dessa população e solicitar mais orientações. Caso trabalhe numa área rural ou próximo a aldeias indígenas, você deve buscar informação sobre a existência de equipe multidisciplinar de saúde indígena, incluído o agente indígena de saúde. Procurar essas pessoas para uma conversa pode ser muito importante e esclarecedor.

A Portaria GM nº 971/2006 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que inclui atendimento gratuito em serviços de fitoterapia, acupuntura, plantas medicinais, homeopatia.

Dessa forma, é importante saber se existem esses serviços na sua região.

Acupuntura é uma forma de cuidar das pessoas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Pode ser usada isoladamente ou integrada com outros recursos terapêuticos, como as práticas corporais.

As práticas corporais são práticas/ações que favorecem a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças. Como exemplos, podemos citar o Tai-chi chuan, o Chi gong e o Lian gong.

Homeopatia é um sistema médico de base vitalista\* criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, que consiste em tratar as doenças por meio de substâncias ministradas em doses diluídas, os medicamentos homeopáticos.

\*O vitalismo é a posição filosófica caracterizada por postular a existência de uma força ou impulso vital sem a qual a vida não poderia ser explicada.

Ao identificar a população indígena, o ACS deve levar em consideração que, mesmo residindo no espaço urbano ou rural, longe de sua aldeia de origem ou em aldeamento não reconhecido oficialmente, o indígena possui o direito de ser acompanhado, respeitando-se as diferenças culturais.

É necessário considerar que o indígena nem sempre tem domínio da língua portuguesa, podendo entender algumas palavras em português, sem compreender a informação, a explicação dada ou mesmo a pergunta realizada. É importante observar e tentar perceber se estão entendendo e o que estão entendendo, cuidando para não constrangê-los. O esforço de comunicação deve ser mútuo de modo a promover o diálogo.

Ainda como informações importantes para o diagnóstico da comunidade, vale destacar a necessidade de identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedeiros ou rezadores, raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio para algumas doenças, bem como saber se procuram serviços (pronto-socorro, hospitais etc.) situados fora de sua área de moradia ou fora do seu município. Também é importante você saber se as pessoas costumam usar remédios caseiros, chás, plantas medicinais, fitoterapia e/ou se utilizam práticas complementares como a homeopatia e acupuntura. Você deve saber se existe disponível na região algum tipo de serviço de saúde que utilize essas práticas.

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, seu trabalho contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas.

Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado.

#### **Dando um exemplo**

Em uma comunidade, muitos casos de diarreia começaram a acontecer. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar. Eram medicadas, mas pouco tempo depois estavam doentes de novo. Essa situação alertou a equipe de que algo não estava bem.

O ACS, por meio das visitas domiciliares, observou a existência de esgoto a céu aberto próximo a tubulações de água.

Além disso, as pessoas daquela comunidade costumavam não proteger adequadamente suas caixas d'água.

A equipe identificou os fatores de risco e constatou que os casos de diarreia estavam relacionados aos hábitos de vida daquelas pessoas.

Observa-se que um mesmo problema de saúde pode estar relacionado a diferentes causas e que o olhar dos diversos membros da equipe pode contribuir para a resolução do problema.

O território é a base do trabalho do ACS. Território, segundo a lógica da saúde, não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

Trabalhar com território implica processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político culturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

#### **Mapeamento da área de atuação**

Trabalhar com mapas é uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a sua comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras coisas importantes.

O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para seu trabalho. É o desenho de toda sua área/território de atuação.

Você não precisa ser bom desenhista. Você pode representar o que existe com símbolos bem fáceis de desenhar, utilizando sua criatividade. É interessante que toda a equipe, de preferência, o ajude nesse processo. Isso estimula que a equipe se conheça melhor e troque informações para o planejamento das ações de saúde.

A comunidade também pode ajudá-lo, contribuindo com sugestões para corrigir e acrescentar, de modo que no final se tenha uma boa ideia de como é aquela comunidade. O mapa vai ajudar você a organizar melhor o seu trabalho.

Agora, pense na sua comunidade e faça uma lista de coisas que são importantes para a vida comunitária, baseada em seu contato com ela. Por exemplo: postos de saúde, centros de saúde, hospitais, escolas, igrejas, centros religiosos, postos policiais, quadras de esporte, campo de futebol, identificando espaços que possibilitam/dificultam o acesso de pessoas com deficiências. Escreva também outros lugares com seus respectivos nomes: ruas, córregos, rios, cartório, correio, parada de ônibus, casa da parteira, da benzedeira e outras coisas que você se lembrar.

O conjunto dos mapas feito pelos ACS formará um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família (ESF).

Esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre sua área, pode dar origem a outros mais específicos.

Como exemplos:

Podemos ter mapas de territórios feitos manualmente com auxílio da comunidade e fotos de territórios utilizando recursos de informática ou internet.

Podem-se destacar as informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade, desenhando um mapa específico. Em uma região que chove muito, é importante conhecer bem os rios, açudes, lagos, lagoas da região e locais propensos à inundação.

É necessário que você identifique no território de sua equipe quais os riscos de sua micro área.

Como já foi dito anteriormente, o mapa retrata o território onde acontecem mudanças, portanto, ele é dinâmico e deve ser constantemente atualizado.

Você deve sempre ter a cópia do seu mapa para facilitar o acompanhamento das mudanças na sua comunidade.

Com o mapa, você pode:

- Conhecer os caminhos mais fáceis para chegar a todos os locais;
- Marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada etc.);
- Conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia;
- Planejar as visitas de cada dia sem perder tempo;
- Marcar as micro áreas de risco;
- Identificar com símbolos situação de risco;
- Identificar com símbolos os grupos prioritários: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, usuário de drogas, pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose etc.

O seu mapa, juntamente com as informações coletadas no cadastramento das famílias, vai ajudar toda a equipe no diagnóstico de saúde da área.

Entende-se por micro áreas de risco aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

### **INTERSETORIALIDADE: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO**

#### **Desvendando a intersectorialidade**

Trabalhar de forma intersectorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersectorialidade são locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

#### **Nesse sentido, assim é entendida a intersectorialidade:**

Como uma rede de ações que são compartilhadas entre os diversos setores, diversos espaços que buscam trabalhar em conjunto, buscam se articular, para que, no fim da história, se busque a promoção da saúde. Uma forma conjunta que de identificar um problema e buscar articular uma solução em conjunto.

Percebe-se que, para os sujeitos, trabalhar de forma intersetorial exige o compartilhamento de conhecimentos, visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Percebe que um profissional isolado é incapaz de solucionar as adversidades e que a ação conjunta pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população.

Entretanto, é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa nova visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde.

Nesse sentido, a intersetorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema. Além disso, a gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. Essa perspectiva é importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Isso ocorre dada a complexidade da realidade social, que exige um olhar mais amplo, com o objetivo de otimizar os escassos recursos, procurando soluções integradas.

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersetorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao atendimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade compõe uma rede de ação social, que deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas.

Dessa forma, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade.<sup>16</sup>

Em contrapartida, com as afirmativas anteriores, um entrevistado traz a seguinte descrição sobre intersetorialidade:

#### **Práticas intersetoriais**

A ESF recomenda a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, devem ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A complexidade dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar isoladamente.

Nesse sentido, micros e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a cons-

trução de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.<sup>11</sup>

Nota-se que, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida da população. No entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria das ações é planejada por um único setor, para serem aplicadas em outro. Faz-se necessário um processo de planejamento horizontal, levando em conta o que cada setor tem para contribuir.

Além disso, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.<sup>23</sup>

Outro evento importante, observado nesta pesquisa, foi o fato de diversos sujeitos citarem a existência de parcerias entre a ESF e as escolas, nas quais há discussões entre professores, alunos e a equipe, possibilitando a todos a oportunidade de exporem suas ideias, tornando o trabalho proveitoso, uma vez que os temas são abordados conforme a necessidade apresentada pelos usuários.

Por meio de visitas domiciliares, é possível desenvolver ações de promoção da saúde em prol da melhoria da saúde dos indivíduos. No entanto, não se caracteriza como atividade intersetorial, uma vez que um indivíduo, ou uma família, não constitui um setor.

#### **A intersetorialidade no contexto da Estratégia Saúde da Família**

Nota-se que existem algumas iniciativas, em prol da criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população. Entretanto, as experiências identificadas são pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático.

Dentre as experiências encontradas neste estudo, as mais significativas foram as que se referem à parceria Centro de Saúde - educação, sendo que a escola mais próxima ao Centro de Saúde é a que compartilha de uma parceria mais sólida. A escola é um cenário importante para a promoção da saúde porque nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Em resumo, a ampliação do impacto das ações de promoção da saúde nas escolas precisa apoiar-se na soma das contribuições dos setores saúde e educação e não no repasse de parte da execução das tarefas de um setor para outro.

Tanto os discursos quanto as observações em campo evidenciam que a relação do Centro de Saúde com seus parceiros é, essencialmente, de prestação de serviços de caráter assistencial-curativista ou, no máximo, preventivista. Nota-se que as práticas de promoção da saúde são incipientes e que existe um limite no que se refere ao reconhecimento do potencial da ESF para intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Cabe ressaltar que o informante do Centro de Saúde desconhece a existência de equipamentos sociais, em sua área de abrangência, relacionados a esporte e lazer, meio ambiente, trabalho e renda. Essa informação evidencia que a ESF não tem utilizado todo o potencial da intersetorialidade para promover a saúde da população, haja vista a fragilidade ou inexistência de parcerias importantes no processo de enfrentamento dos determinantes da saúde.

Esse achado reforça as considerações de Costa et al ao afirmar que um dos desafios da Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo assistencial refere-se à confusão conceitual sobre intersetorialidade, pois esta é tomada como responsabilidade individualizada a partir das demandas individualizadas dos usuários.

Desta forma, se identifica a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entende-se, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acredita-se que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores para que o trabalho seja de fato precursor de processos de mudanças no modelo assistencial.

#### **O impacto das concepções dos profissionais no processo de construção da prática intersetorial**

A formação dos profissionais e, conseqüentemente, suas concepções são colocadas, pelos participantes do estudo, como fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos.

Para praticar a intersetorialidade, os profissionais, cuja área de atuação relaciona-se aos contextos de vida e saúde das pessoas, precisam ser capazes de perceberem tanto os limites setoriais quanto os benefícios das ações integradas. Essa percepção é colocada como um fator facilitador no processo de construção da intersetorialidade, visto que impulsiona a busca por parcerias que, por sua vez, permitem dar respostas mais efetivas e inovadoras aos complexos problemas sociais.

No que se refere especificamente ao setor saúde, é evidenciado que as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas. Se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação. Entretanto, se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, além da Clínica, um trabalho intersetorial.

Assim, a ESF, como estruturante da atenção básica, traz aos trabalhadores de saúde o desafio de rever suas práticas diante do paradigma de produção social da saúde. Torna-se fundamental investir na formação de profissionais capacitados para lidar com esse objeto ampliado, para aprimorar os instrumentos de trabalho em saúde e buscar a intersetorialidade.

Da fragmentação à integração: rompendo o limite do olhar setorial em busca da construção de um espaço comunicativo que possibilite a resolução de problemas complexos.

A estrutura organizacional setorializada presente em nossa sociedade aponta a comunicação como elemento fundamental à operacionalização da prática intersetorial. Nota-se que a saúde é colocada como uma política que alcançou avanços no que se refere à atenção integral, porém possui limitações para praticar a universalidade com equidade.

Essa proposição aponta para a possibilidade de o setor saúde ser um estimulador da construção da intersetorialidade, visto que tem como um de seus princípios a integralidade que, por sua vez, necessita da articulação de saberes, setores e seguimentos sociais para ser alcançada.

Em se tratando da limitação em praticar a universalidade com equidade, na perspectiva da ação intersetorial, a população exposta a maior vulnerabilidade sócioeconômica tem necessidade ampliada de ter acesso a ações e serviços que operem sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-adoecimento. Assim, praticar universalidade sem negligenciar a equidade implica em colocar a disposição de todos os usuários do SUS ações de promoção da saúde, intensificando esta prática no contexto dos grupos populacionais mais vitimados por iniquidades sociais, o que demanda maior articulação. Essa análise vai ao encontro da proposta do Programa BH Cidadania que busca promover a inclusão social da população vulnerabilizada, através da acessibilidade aos bens e serviços públicos. O referido programa, criado em Belo Horizonte no ano de 2002, busca implementar um modelo de gestão baseado na descentralização, articulação e integração intersetorial, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social.

#### **Desvendando caminhos para praticar a nova e promissora estratégia intersetorial**

A intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. É evidenciado, que alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersetorial. Essa percepção das limitações do olhar setorial é o primeiro passo para se alcançar a articulação intersetorial, visto que essa nova maneira de trabalhar baseia-se no reconhecimento da necessidade de criar novas alternativas de intervenção que dependem da articulação de outros olhares, saberes e forças. Entretanto, existe uma limitação no que se refere à operacionalização da intersetorialidade. Em suma, os sujeitos que atuam nos distintos órgãos e instituições sociais reconhecem a demanda por ações intersetoriais, mas ainda não sabem como praticá-la.

Têm prevalecido entre as políticas sociais relações de disputa de poder; bem como de transferência de problemas e responsabilidades. Mas, há o entendimento de que para que a intersetorialidade efetivamente seja praticada, é mister que sejam construídas relações de compartilhamento de responsabilidades, poderes e saberes. Os participantes assinalam, ainda, que a construção da intersetorialidade corresponde a um processo complexo que requer paciência, visto que demanda transformações nos modos de pensar e agir historicamente estabelecidos. Neste contexto amplo e complexo de construção, o início do diálogo intersetorial é reconhecido como um importante avanço. Também é explicitado que, enquanto processo gradual, a intersetorialidade encontra-se na fase de construção coletiva de novos conceitos e novas metodologias que viabilizem sua aplicação.

#### **A concepção de intersetorialidade.**

Hodiernamente, dentro dessa perspectiva de padrões de políticas públicas ditas universalistas que estão fincadas na busca da garantia de direitos, o debate sobre intersetorialidade tem-se intensificado como um dos mais importantes meios de trabalho no âmbito das políticas de saúde e assistência social, com o intuito de oportunizar e ampliar o acesso a direitos sociais, e ainda, enfatizar o investimento nos processos de empoderamento dos respectivos usuários. (RODRIGUES, 2011, p. 2)

O debate acerca da intersetorialidade no âmbito das políticas públicas se faz mister, haja vista que na seara governamental brasileira e seus três níveis de governo há ampla organização temática setorial dificultando a focalização e a execução de políticas públicas, demonstrando uma organização que retrata a especialização de saberes, funções e maneiras de intervenção. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997)

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meioambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997, p. 21)

Configura-se uma grande dificuldade a utilização de um modelo setorializado com o propósito de proporcionar políticas de inclusão social que não retratem itens isolados e sim um aparato de direitos relacionados entre si.

O alcance de uma condição isolada, além de ser mais difícil não oportuniza a inclusão e a participação cidadã. (JUNQUEIRA, INOJOSA, KOMATSU, 1997, p. 21)