



CÓD: SL-015AG-22
7908433225324

LAVRAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAVRAS
ESTADO DE MINAS GERAIS – MG

Agente de Combate às Endemias- ACE

EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N° 001/2022

Língua Portuguesa

| | |
|---|----|
| 1. Compreensão E Interpretação De Textos. Tipologiae Gêneros Textuais. Coerência E Coesão | |
| 2. Textual | 7 |
| 3. Formação E Significação De Palavras. Sinônimos E Antônimos homônimas | 24 |
| 4. Ordem Alfabética. Sílabas: Separação E Classificação. Ortografia E Acentuação | 25 |
| 5. Pontuação | 27 |
| 6. Morfologia: Emprego E Classificação Das Classes De Palavras | 28 |
| 7. Sintaxe: Estrutura Da Oração E Do Período E Termos Essenciais E Acessórios Da Oração. Tipos De Frase | 33 |

Saúde Pública

| | |
|--|-----|
| 1. Sistema Único de Saúde: Leis Orgânicas da saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90); princípios e diretrizes do SUS | 43 |
| 2. Vigilância em Saúde | 60 |
| 3. Política Nacional de Humanização. | 65 |
| 4. Política Nacional de Promoção da Saúde | 70 |
| 5. Redes de Atenção, Política Nacional de Atenção Primária | 82 |
| 6. Programa Previnir Brasil | 108 |

Conhecimentos Gerais (Digital)

| | |
|---|-----|
| 1. Conhecimentos e atualidades relacionados com a realidade de Lavras, Minas Gerais e Brasil (local, regional e nacional), conectando-os aos acontecimentos mundiais. | 117 |
|---|-----|

Conhecimentos Específicos

Agente de Combate às Endemias - ACE

| | |
|---|-----|
| 1. Política Nacional de Atenção Básica | 189 |
| 2. Vigilância em Saúde | 191 |
| 3. Mapeamento. | 193 |
| 4. Territorialização. | 195 |
| 5. O papel do agente de combate às endemias | 196 |
| 6. Doenças infecciosas e parasitárias | 198 |
| 7. Visitas domiciliares | 211 |
| 8. Ética | 211 |
| 9. Educação em saúde. | 212 |

Linguagem Popular ou Coloquial

Usada espontânea e fluentemente pelo povo. Mostra-se quase sempre rebelde à norma gramatical e é carregada de vícios de linguagem (solecismo – erros de regência e concordância; barbarismo – erros de pronúncia, grafia e flexão; ambiguidade; cacofonia; pleonasma), expressões vulgares, gírias e preferência pela coordenação, que ressalta o caráter oral e popular da língua. A linguagem popular está presente nas conversas familiares ou entre amigos, anedotas, irradiação de esportes, programas de TV e auditório, novelas, na expressão dos estados emocionais etc.

A Linguagem Culta ou Padrão

É a ensinada nas escolas e serve de veículo às ciências em que se apresenta com terminologia especial. É usada pelas pessoas instruídas das diferentes classes sociais e caracteriza-se pela obediência às normas gramaticais. Mais comumente usada na linguagem escrita e literária, reflete prestígio social e cultural. É mais artificial, mais estável, menos sujeita a variações. Está presente nas aulas, conferências, sermões, discursos políticos, comunicações científicas, noticiários de TV, programas culturais etc.

Gíria

A gíria relaciona-se ao cotidiano de certos grupos sociais como arma de defesa contra as classes dominantes. Esses grupos utilizam a gíria como meio de expressão do cotidiano, para que as mensagens sejam decodificadas apenas por eles mesmos.

Assim a gíria é criada por determinados grupos que divulgam o palavreado para outros grupos até chegar à mídia. Os meios de comunicação de massa, como a televisão e o rádio, propagam os novos vocábulos, às vezes, também inventam alguns. A gíria pode acabar incorporada pela língua oficial, permanecer no vocabulário de pequenos grupos ou cair em desuso.

Ex.: “chutar o pau da barraca”, “viajar na maionese”, “galeira”, “mina”, “tipo assim”.

Linguagem vulgar

Existe uma linguagem vulgar relacionada aos que têm pouco ou nenhum contato com centros civilizados. Na linguagem vulgar há estruturas com “**nóis vai, lá**”, “eu **di** um beijo”, “**Ponhei** sal na comida”.

Linguagem regional

Regionalismos são variações geográficas do uso da língua padrão, quanto às construções gramaticais e empregos de certas palavras e expressões. Há, no Brasil, por exemplo, os falares amazônico, nordestino, baiano, fluminense, mineiro, sulino.

Tipos e gêneros textuais

Os **tipos textuais** configuram-se como modelos fixos e abrangentes que objetivam a distinção e definição da estrutura, bem como aspectos linguísticos de narração, dissertação, descrição e explicação. Eles apresentam estrutura definida e tratam da forma como um texto se apresenta e se organiza. Existem cinco tipos clássicos que aparecem em provas: descritivo, injuntivo, expositivo (ou dissertativo-expositivo) dissertativo e narrativo. Vejamos alguns exemplos e as principais características de cada um deles.

Tipo textual descritivo

A descrição é uma modalidade de composição textual cujo objetivo é fazer um retrato por escrito (ou não) de um lugar, uma pessoa, um animal, um pensamento, um sentimento, um objeto, um movimento etc.

Características principais:

- Os recursos formais mais encontrados são os de valor adjetivo (adjetivo, locução adjetiva e oração adjetiva), por sua função caracterizadora.
- Há descrição objetiva e subjetiva, normalmente numa enumeração.
- A noção temporal é normalmente estática.
- Normalmente usam-se verbos de ligação para abrir a definição.
- Normalmente aparece dentro de um texto narrativo.
- Os gêneros descritivos mais comuns são estes: manual, anúncio, propaganda, relatórios, biografia, tutorial.

Exemplo:

Era uma casa muito engraçada
 Não tinha teto, não tinha nada
 Ninguém podia entrar nela, não
 Porque na casa não tinha chão
 Ninguém podia dormir na rede
 Porque na casa não tinha parede
 Ninguém podia fazer pipi
 Porque penico não tinha ali
 Mas era feita com muito esmero
 Na rua dos bobos, número zero
 (Vinícius de Moraes)

TIPO TEXTUAL INJUNTIVO

A injunção indica como realizar uma ação, aconselha, impõe, instrui o interlocutor. Chamado também de texto instrucional, o tipo de texto injuntivo é utilizado para prever acontecimentos e comportamentos, nas leis jurídicas.

Características principais:

- Normalmente apresenta frases curtas e objetivas, com verbos de comando, com tom imperativo; há também o uso do futuro do presente (10 mandamentos bíblicos e leis diversas).
- Marcas de interlocução: vocativo, verbos e pronomes de 2ª pessoa ou 1ª pessoa do plural, perguntas reflexivas etc.

Exemplo:

Impedidos do Alistamento Eleitoral (art. 5º do Código Eleitoral) – Não podem alistar-se eleitores: os que não saibam exprimir-se na língua nacional, e os que estejam privados, temporária ou definitivamente dos direitos políticos. Os militares são alistáveis, desde que oficiais, aspirantes a oficiais, guardas-marinha, subtenentes ou suboficiais, sargentos ou alunos das escolas militares de ensino superior para formação de oficiais.

Tipo textual expositivo

A dissertação é o ato de apresentar ideias, desenvolver raciocínio, analisar contextos, dados e fatos, por meio de exposição, discussão, argumentação e defesa do que pensamos. A dissertação pode ser expositiva ou argumentativa.

A dissertação-expositiva é caracterizada por esclarecer um assunto de maneira atemporal, com o objetivo de explicá-lo de maneira clara, sem intenção de convencer o leitor ou criar debate.

Características principais:

- Apresenta introdução, desenvolvimento e conclusão.
- O objetivo não é persuadir, mas meramente explicar, informar.
- Normalmente a marca da dissertação é o verbo no presente.
- Amplia-se a ideia central, mas sem subjetividade ou defesa de ponto de vista.
- Apresenta linguagem clara e imparcial.

Exemplo:

O texto dissertativo consiste na ampliação, na discussão, no questionamento, na reflexão, na polemização, no debate, na expressão de um ponto de vista, na explicação a respeito de um determinado tema.

Existem dois tipos de dissertação bem conhecidos: a dissertação expositiva (ou informativa) e a argumentativa (ou opinativa).

Portanto, pode-se dissertar simplesmente explicando um assunto, imparcialmente, ou discutindo-o, parcialmente.

Tipo textual dissertativo-argumentativo

Este tipo de texto — muito frequente nas provas de concursos — apresenta posicionamentos pessoais e exposição de ideias apresentadas de forma lógica. Com razoável grau de objetividade, clareza, respeito pelo registro formal da língua e coerência, seu intuito é a defesa de um ponto de vista que convença o interlocutor (leitor ou ouvinte).

Características principais:

- Presença de estrutura básica (introdução, desenvolvimento e conclusão): ideia principal do texto (tese); argumentos (estratégias argumentativas: causa-efeito, dados estatísticos, testemunho de autoridade, citações, confronto, comparação, fato, exemplo, enumeração...); conclusão (síntese dos pontos principais com sugestão/solução).
- Utiliza verbos na 1ª pessoa (normalmente nas argumentações informais) e na 3ª pessoa do presente do indicativo (normalmente nas argumentações formais) para imprimir uma atemporalidade e um caráter de verdade ao que está sendo dito.
- Privilegiam-se as estruturas impessoais, com certas modalidades discursivas (indicando noções de possibilidade, certeza ou probabilidade) em vez de juízos de valor ou sentimentos exaltados.
- Há um cuidado com a progressão temática, isto é, com o desenvolvimento coerente da ideia principal, evitando-se rodeios.

Exemplo:

A maioria dos problemas existentes em um país em desenvolvimento, como o nosso, podem ser resolvidos com uma eficiente administração política (tese), porque a força governamental certamente se sobrepõe a poderes paralelos, os quais — por negligência de nossos representantes — vêm aterrorizando as grandes metrópoles. Isso ficou claro no confronto entre a força militar do RJ e os traficantes, o que comprovou uma verdade simples: se for do desejo dos políticos uma mudança radical visando o bem-estar da população, isso é plenamente possível (estratégia argumentativa: fato-exemplo). É importante salientar, portanto, que não devemos ficar de mãos atadas à espera de uma atitude do governo só quando o caos se estabelece; o povo tem e sempre terá de colaborar com uma cobrança efetiva (conclusão).

Tipo textual narrativo

O texto narrativo é uma modalidade textual em que se conta um fato, fictício ou não, que ocorreu num determinado tempo e lugar, envolvendo certos personagens. Toda narração tem um enredo, personagens, tempo, espaço e narrador (ou foco narrativo).

Características principais:

- O tempo verbal predominante é o passado.
- Foco narrativo com narrador de 1ª pessoa (participa da história – onipresente) ou de 3ª pessoa (não participa da história – onisciente).
- Normalmente, nos concursos públicos, o texto aparece em prosa, não em verso.

Exemplo:

Solidão

João era solteiro, vivia só e era feliz. Na verdade, a solidão era o que o tornava assim. Conheceu Maria, também solteira, só e feliz. Tão iguais, a afinidade logo se transforma em paixão. Casam-se. Dura poucas semanas. Não havia mesmo como dar certo: ao se unirem, um tirou do outro a essência da felicidade.

Nelson S. Oliveira

Fonte: <https://www.recantodasletras.com.br/contos-sur-reais/4835684>

GÊNEROS TEXTUAIS

Já os **gêneros textuais** (ou discursivos) são formas diferentes de expressão comunicativa. As muitas formas de elaboração de um texto se tornam gêneros, de acordo com a intenção do seu produtor. Logo, os gêneros apresentam maior diversidade e exercem funções sociais específicas, próprias do dia a dia. Ademais, são passíveis de modificações ao longo do tempo, mesmo que preservando características preponderantes. Vejamos, agora, uma tabela que apresenta alguns gêneros textuais classificados com os tipos textuais que neles predominam.

| Tipo Textual Predominante | Gêneros Textuais |
|---------------------------|---|
| Descritivo | Diário Relatos (viagens, históricos, etc.) Biografia e autobiografia Notícia Currículo Lista de compras Cardápio Anúncios de classificados |
| Injuntivo | Receita culinária Bula de remédio Manual de instruções Regulamento Textos prescritivos |
| Expositivo | Seminários Palestras Conferências Entrevistas Trabalhos acadêmicos Enciclopédia Verbetes de dicionários |

Vigilância em saúde: expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

Competências municipais na vigilância em saúde

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas: A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública

em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

Níveis de Gestão do SUS

Esfera Federal - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Esfera Estadual - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

Esfera Municipal - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente a segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser

bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS:

- a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e
- c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infundáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico.

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é obvio, cercear o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana.

Lembramos, por oportuno que, o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 -- que se encontra no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios -- busca disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme dissemos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são ações e serviços de saúde em resoluções e portarias).

O QUE FINANCIAR COM OS RECURSOS DA SAÚDE?

De plano, excetuam-se da área da saúde, para efeito de financiamento, (ainda que absolutamente relevantes como indicadores epidemiológicos da saúde) as condicionantes econômico-sociais. Os órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção de políticas públicas, sem, contudo, estarem obrigados a utilizar recursos do fundo de saúde para intervir nessas causas.

Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais). A ela, saúde, compete atuar nos campos demarcados pelos art. 200 da CF e art. 6º da Lei n. 8.080/90 e em outras leis específicas.

Como exemplo, podemos citar os servidores da saúde que devem ser pagos com recursos da saúde, mas o seu inativo, não; não porque os inativos devem ser pagos com recursos da Previdência Social. Idem quanto as ações da assistência social, como bolsa-alimentação, bolsa-família, vale-gás, renda mínima, fome zero, que devem ser financiadas com recursos da assistência social, setor ao qual incumbe promover e prover as necessidades das pessoas carentes visando diminuir as desigualdades sociais e suprir suas carências básicas imediatas. Isso tudo interfere com a saúde, mas não pode ser administrada nem financiada pelo setor saúde.

O saneamento básico é outro bom exemplo. A Lei n. 8.080/90, em seu art. 6º, II, dispõe que o SUS deve participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. Por sua vez, o § 3º do art. 32, reza que as ações de saneamento básico que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, DF e Municípios e não com os recursos dos fundos de saúde.

Nesse ponto gostaríamos de abrir um parêntese para comentar o Parecer do Sr. Procurador Geral da República, na ADIn n. 3087-6/600-RJ, aqui mencionado.

O Governo do Estado do Rio de Janeiro, pela Lei n. 4.179/03, instituiu o Programa Estadual de Acesso à Alimentação -- PEAA, determinando que suas atividades correrão à conta do orçamento do Fundo Estadual da Saúde, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. O PSDB, entendendo ser a lei inconstitucional por utilizar recursos da saúde para uma ação que não é de responsabilidade da área da saúde, moveu ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar.

O Sr. Procurador da República (Parecer n. 5147/CF), opinou pela improcedência da ação por entender que o acesso à alimentação é indissociável do acesso à saúde, assim como os medicamentos o são e que as pessoas de baixa renda devem ter atendidas a necessidade básica de alimentar-se.

Infelizmente, mais uma vez confundiu-se "saúde" com "assistência social", áreas da Seguridade Social, mas distintas entre si. A alimentação é um fator que condiciona a saúde tanto quanto o saneamento básico, o meio ambiente degradado, a falta de renda e lazer, a falta de moradia, dentre tantos outros fatores condicionantes e determinantes, tal qual mencionado no art. 3º da Lei n. 8.080/90.

A Lei n. 8.080/90 ao dispor sobre o campo de atuação do SUS incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar, atividades complexas que não tem a ver com o fornecimento, puro e simples, de bolsa-alimentação, vale-alimentação ou qualquer outra forma de garantia de mínimos existenciais e sociais, de atribuição da assistência social ou de outras áreas da Administração Pública voltadas para corrigir as desigualdades sociais. A vigilância nutricional deve ser realizada pelo SUS em articulação com outros órgãos e setores governamentais em razão de sua interface com a saúde. São ativi-

Artes de Belo Horizonte, que é considerado como o maior centro de produção, formação e difusão cultural do estado e um dos maiores da América Latina, sendo mantido pela Fundação Clóvis Salgado, que oferece à população uma série de programações artísticas e de atividades educativas; o Centro Cultural Usiminas, em Ipatinga, considerado como um dos mais modernos do país e mantido pelo Instituto Cultural Usiminas; e o Centro Cultural Banco do Brasil, em Belo Horizonte, mantido pelo Banco do Brasil.

São vários os eventos artísticos do estado em que os grupos e artistas demonstram suas atividades, sendo realizados tanto nos espaços culturais quanto ao ar livre. Na capital mineira, são alguns exemplos o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), o Festival Internacional de Teatro de Bonecos, o Festival Internacional de Dança (FID), o Festival Internacional de Corais (FIC), o Festival Internacional de Curtas, o Festival Mundial de Circo do Brasil e o Festival Internacional de Quadrinhos. No interior do estado, destaca-se a realização da Campanha de Popularização do Teatro e da Dança, com espetáculos teatrais em Juiz de Fora e no Vale do Aço; e o Festival de Inverno da Universidade Federal de Minas Gerais, com oficinas de iniciação e atualização, espetáculos, peças de teatro e exposições em vários municípios do estado, como Diamantina e Cataguases.

Música, cinema e literatura

O ator mineiro Selton Mello na 5ª edição do Prêmio Bravo! Prime de Cultura, em 2009.

A música se faz presente em Minas Gerais desde o período colonial. Os primeiros instrumentos musicais a adentrarem o estado foram trazidos pela Companhia de Jesus na segunda metade do século XVI, com objetivo de converterem os indígenas aos costumes europeus, difundindo a música barroca. Por décadas, os jesuítas foram responsáveis tanto pelo ensinamento da gramática e do latim quanto pela alfabetização musical nas escolas. No século XVIII destacou-se a obra *Sacro de Lobo de Mesquita* e, no XIX, a de João de Deus de Castro Lobo, cujas obras estão disponibilizadas, dentre outras, nas séries *Acervo da Música Brasileira* e *Patrimônio Arquivístico-Musical Mineiro*. A partir do século XIX, as bandas de música se desenvolvem a ponto de serem hoje um dos marcos de identidade cultural do estado. Na primeira metade do século XX, destacam-se o samba, a bossa nova, o chorinho e as marchinhas com os compositores Ary Barroso, de Ubá, e Ataulfo Alves, de Miraf. Na década de 1970, surge em Belo Horizonte o movimento Clube da Esquina, cujas maiores influências eram a bossa nova e os Beatles. Na década de 80, destacaram-se mundialmente *Sepultura* e *Sarcófago* e na década de 90, surgem *Skank*, *Jota Quest*, *Pato Fu* e *Tianastácia*. Às primeiras décadas do século XXI, surgem artistas musicais como César Menotti & Fabiano e Paula Fernandes.

No cinema mineiro, os nomes de Humberto Mauro e João Carriço se destacam por serem os pioneiros do cinema nacional. Humberto Mauro iniciou suas primeiras filmagens em 1925 em Cataguases, mudando-se para o Rio de Janeiro. Seu contemporâneo João Carriço, com o lema “Cinema para o povo”, lançou a Carriço Filmes, em Juiz de Fora, produzindo cinejornais e documentários no início do século XX. No período do Cinema Novo e do Cinema Marginal, desponta o nome de Carlos Alberto Prates Correia, um dos principais realizadores da história do estado, autor de filmes evocadores da paisagem, da cultura e do povo mineiro, como os inventivos *Perdida*, *Cabaret Mineiro* e *Noites do Sertão*. Finalmente, no cinema contemporâneo, ressaltam-se Cao Guimarães produtor de curtas premiados no mundo inteiro; Helvécio Ratton, diretor de entre outros filmes *Menino Maluquinho* e *Pequenas Histórias*; e Selton Mello, que atuou em filmes como *Guerra de Canudos*, *O Que É Isso, Companheiro?*, *O Palhaço*, *O Cheiro do Ralo* e *Meu Nome Não é Johnny*.

A literatura mineira, por sua vez, teve bastante contribuição para a primeira geração literária brasileira, ainda no século XVIII. As obras oriundas do estado tinham ideais bucólicos, visando a representar paisagens locais, sendo os principais autores da época Tomás Antônio Gonzaga, Alvarenga Peixoto e Cláudio Manoel da Costa. Com o Romantismo e o Simbolismo, no século XIX, ganham destaque as obras de Bernardo Guimarães e Alphonsus de Guimaraens. No século XX, Minas conquista grande espaço no cenário literário brasileiro, revelando nomes como Carlos Drummond de Andrade, Emílio Moura e João Guimarães Rosa, que contribuíram para o auge do Modernismo no Brasil. Entre a segunda metade do século XX e a contemporaneidade, ressaltam-se Abgar Renault, Cyro dos Anjos, Murilo Rubião, Affonso Romano de Sant’Anna, Murilo Mendes, Otto Lara Resende, Paulo Mendes Campos, Fernando Sabino, Henriqueta Lisboa, Affonso Ávila, Oswaldo França Júnior, Roberto Drummond, Bartolomeu Campos de Queirós e Ziraldo.

Folclore, artesanato e culinária

A história da mineração refletiu diretamente na culinária mineira. Entre os pratos mais conhecidos estão o feijão tropeiro, angu, frango com quiabo, paçoca de carne seca, farofa, leitão à pururuca, torresmo e pernil assado.

O pão de queijo é um prato típico da culinária mineira.

A religiosidade tem influência marcante nas principais manifestações culturais do povo mineiro, principalmente nas festas folclóricas. Dentre as tradições presentes no estado, destacam-se o Congado, que reúne danças herdadas dos costumes africanos, difundidos pelos escravos, com as tradições católicas dos colonizadores; as comemorações da Folia de Reis, que celebram desde o nascimento de Jesus até a visita dos Três Reis Magos através de procissões e visitas a casas; as “Pastorinhas”, que são meninos e meninas que visitam os presépios nas casas, assim como se fazia em Belém na época do nascimento de Jesus; o bumba meu boi, que simboliza a morte e renascimento do boi; a Festa do Divino, em homenagem ao Divino Espírito Santo; as Cavalhadas, representando os combates e guerras travadas entre mouros e cristãos; a Dança de São Gonçalo; e as quadrilhas, nas festas juninas.

Boa parte da produção artesanal mineira tem ligação às tradições culturais do estado, como na representação de imagens de santos ou personagens históricos. O artesanato está presente em diversas regiões de Minas Gerais, com produção baseada em pedra-sabão, cerâmica, madeira e fibras vegetais, argila, prata e estanho. Em Tiradentes destacam-se os objetos em prata; na região do Vale do Jequitinhonha são feitas peças em madeira e principalmente cerâmica; em Ouro Preto, Congonhas, Mariana e Serro há considerável presença dos trabalhos em pedra-sabão; em Ouro Preto e Viçosa são produzidos utensílios com cobre e outros metais; e em todo o estado são encontrados bordados, trançados em talas, bambu e fibras têxteis, crochês e tricôs, além da madeira.

Na cozinha mineira, por sua vez, a carne de porco é muito presente, sendo famosos o tutu com lombo de porco, a costelinha de porco e o leitão à pururuca. Também são apreciados a vaca atolada, o feijão tropeiro com torresmo, a canjiquinha com carne (de boi ou porco), linguiça e couve, o frango ao molho pardo com angu de fubá, o frango com quiabo ensopado e arroz com pequi. São famosos os doces mineiros, especialmente o doce de leite, a goiabada e a paçoca. O pão de queijo, os queijos (e seu modo artesanal de preparo) e o café também estão entre as principais referências da cozinha mineira. Muitos pratos têm origens indígenas, cuja culinária era predominantemente à base de mandioca e milho e teve incremento dos costumes europeus, com a introdução dos ovos, do vinho, dos quentes e dos doces.

Arquitetura

Museu da Inconfidência e Igreja de Nossa Senhora do Carmo, na Cidade Histórica de Ouro Preto, considerada um Patrimônio da Humanidade pela UNESCO.

Durante o período colonial, a riqueza oriunda do ouro e dos diamantes propiciou o surgimento de cidades que tinham como característica o dinamismo cultural. Nesse contexto, desenvolveram-se as cidades e a arquitetura colonial, cujas obras permanecem como sendo alguns dos conjuntos mais notáveis deste período da história brasileira. As casas das cidades mineiras eram construídas com aspectos uniformes entre si e, usualmente, ocupavam todo o terreno. As ruas estreitas se adaptavam à topografia acidentada do território mineiro. Dada a influência da Igreja Católica, muitas igrejas foram erguidas nas cidades e vilas da época, com características arquitetônicas notáveis típicas do período barroco. Merecem destaque, especialmente, as obras de Antônio Francisco Lisboa, o Aleijadinho, notável por seu estilo peculiar refletido nas esculturas, obras arquitetônicas e entalhes do final do período colonial. Os principais remanescentes desta fase da arquitetura mineira são o Santuário de Bom Jesus de Matosinhos (em Congonhas, com obras de Aleijadinho), o centro histórico de Ouro Preto e de Diamantina (todos declarados patrimônios da humanidade pela UNESCO), além da Igreja de São Francisco de Assis em São João del-Rei. Já no fim do período colonial, houve a transição para o período neoclássico. Contudo, tal estilo não foi tão marcante em território mineiro, deixando traços em algumas construções como na Casa da Câmara e Cadeia de Ouro Preto e na fachada da Igreja de Nossa Senhora do Pilar em Nova Lima. Posteriormente, a partir das últimas décadas do século XIX, o ecletismo europeu passa a influenciar as obras arquitetônicas do estado, que passava por um surto de desenvolvimento graças à atividade cafeeira e à pecuária. Em um primeiro momento, tal estilo ainda sofre influência do neoclassicismo, apresentando contornos suaves. Somente a partir do século XX, o ecletismo passa a apresentar uma estética rebuscada, além de permitir uma vasta gama de combinações estilísticas influenciada sobretudo pela arte europeia, que se estendem até a década de 1940. No período entreguerras chega ao estado a tendência mundial do art déco, que valorizava em sua estética a abstração, a linha, a forma, o volume e a cor e que se beneficiou pelas inovações construtivas, como a utilização do concreto armado. Contudo, uma grande revolução viria com os projetos de Oscar Niemeyer que, ao conceber o Conjunto Arquitetônico da Pampulha, buscou a criação de formas simples e úteis, com suas características curvas. Na década de 50, o arquiteto concebeu outras obras notáveis, como o Edifício Niemeyer. Ao mesmo tempo chegam a Minas novos conceitos do nascente Estilo Internacional, além do surgimento da arquitetura modernista no Brasil. Desde então, as construções passaram a integrar como princípios a funcionalidade e integração com seus arredores. Um dos mais recentes e notáveis projetos arquitetônicos no estado é a Cidade Administrativa de Minas Gerais, projetada por Oscar Niemeyer e concluída em 2010.

Turismo

Cachoeira na Serra do Cipó

Um dos mais importantes circuitos turísticos de Minas Gerais é a Estrada Real, que passa pelos antigos caminhos utilizados para transportar o ouro das minas, que liga a região central do estado às cidades do Rio de Janeiro e Parati. Os diferentes roteiros deste circuito apresentam atrativos históricos, culturais e naturais para seus visitantes. Outro aspecto notável do turismo mineiro inclui a visita às cidades históricas, as quais conservam as construções do museu colonial além de incluírem museus e espaços culturais que revelam o passado dessas localidades. Destas cidades, destaca-se Ouro Preto, onde encontra-se o Museu da Inconfidência.

O relevo do estado, com abundância de picos e serras (especialmente os grandes picos), além da grande quantidade de grutas e cavernas, rios e lagos naturais e artificiais e a riqueza da fauna e flora estadual atraem praticantes do ecoturismo e também do turismo de aventura. Outro segmento relevante é o turismo rural, já que Minas é um dos estados que mais possuem empreendimentos voltados para esta finalidade. Na região central do estado, além das cidades históricas e da capital, encontram-se parques nacionais como o Serra do Cipó, além do Museu de Inhotim, que possui um dos maiores acervos de arte contemporânea do país. No sul do estado encontra-se o Circuito das Águas, conhecido por suas estâncias minerais.

Destaca-se ainda o turismo de negócios que está em franca expansão, uma vez que nos últimos anos grandes eventos de projeção internacional foram realizados no estado. Em especial, destaca-se nesse segmento a cidade de Belo Horizonte, que atrai cada vez mais feiras, congressos e reuniões, o que pode ser atribuído à infraestrutura e à importante rede hoteleira da cidade. Outras cidades do interior (como Juiz de Fora, Uberaba e Uberlândia) também oferecem opções para a realização de eventos de negócios de grande porte

Economia

No âmbito da economia, Minas Gerais é o maior produtor de café e leite do país, é o segundo Estado mais industrializado do Brasil, ficando atrás apenas de São Paulo. A agropecuária é uma atividade muito influente. Um setor que está se desenvolvendo no Estado é a biotecnologia. É o maior produtor brasileiro de minério de ferro, outros minerais explorados são o ouro e o zinco.

O estado apresenta uma grande disparidade social entre o sul e o norte do seu território, sendo o norte de Minas Gerais uma das áreas mais pobres do Brasil, com precária rede de esgoto, alta taxa de mortalidade infantil e analfabetismo.

Minas Gerais é o estado brasileiro que possui o terceiro maior produto interno bruto, que totalizava 351,38 bilhões de reais no fim do ano de 2010. Ao longo dos últimos anos, a economia mineira apresentou crescimento praticamente contínuo, interrompido somente durante a grande recessão entre os anos de 2008 e 2009 quando houve o decréscimo significativo do PIB mineiro. Contudo, posteriormente, a economia voltou a crescer em ritmo superior à média nacional. Das regiões mineiras, a Região Metropolitana de Belo Horizonte concentra 45% das atividades econômicas do estado, e é também uma das regiões que apresenta maior crescimento. A capital mineira, por si só, possui 43% das atividades econômicas da região, seguida pelos municípios de Betim e Contagem. A seguir estão o Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, o Sul e Sudoeste de Minas, Zona da Mata e Vale do Rio Doce que juntas correspondem a cerca de 40% do PIB mineiro. As regiões menos desenvolvidas são os vales do Jequitinhonha e do Mucuri, que juntas possuem 2,1% de participação no PIB estadual.

O estado, segundo dados de 2012, é o terceiro que mais exporta no país, sendo responsável por 12,78% dos produtos vendidos ao exterior, ficando atrás apenas de São Paulo (26,55%) e Rio de Janeiro (12,88%). A pauta de exportação do estado, no entanto, é muito concentrada e baseada em produtos primários, principalmente minério de ferro (43,15%), café (11,29%), ferro-ligas (5,86%) e ouro (5,15%). O volume total de exportações em 2012 foi de cerca US\$ 33 000 000 000,00 (trinta e três bilhões de dólares).

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, polícticoculturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

É importante a elaboração de mapa que retrate esse território com a identificação de seus limites, população, número de famílias e outras características.

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 microárea.

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 microáreas 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 microáreas 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.²

TERRITORIALIZAÇÃO

O que é Territorialização?

- É o processo de apropriação do território pela equipe da ESF; permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam.

- Esse conhecer implica assumir o compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam.

- A adscrição da clientela à unidade de saúde não é uma mera regionalização formal do atendimento, mas um processo necessário para definir relações de compromisso.

CONCEITO DE TERRITÓRIO:

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

- Território solo: definido por critérios geográficos; é estático, portanto, não acompanha as mudanças contínuas do território;

- Território processo: definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais; é dinâmico, pois acompanha as mudanças permanentes do território.

DIVISÕES DOS TERRITÓRIOS:

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.

Objetivo: Delimitação de um território administrativo assistencial, contendo um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população adstrita, com vistas ao planejamento urbano e ações intersetoriais.

Território área: é um território processo, de responsabilidade de uma Unidade de APS, com enfoque na vigilância à saúde e corresponde à área de atuação de uma, no máximo, três equipes de saúde.

Objetivo: Planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos/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.

Objetivo: É a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos de risco ou não risco, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde

O que é área de abrangência geográfica?

É a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

Unidades Territoriais

É a menor unidade de planejamento regionalizado, com complexidade assistencial superior ao módulo assistencial, podendo corresponder a uma microrregião ou a uma região de saúde.

Território-distrito

A regionalização e a municipalização do SUS fez surgir a necessidade de estruturar distritos sanitários, que devem funcionar como unidade operacional básica mínima; cada distrito sanitário deve ter uma base territorial, delimitada geograficamente, de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico da população; o distrito sanitário deve ser minimamente resolutivo, atendendo as necessidades em saúde da população de seu território, tanto no que se refere aos cuidados individuais quanto coletivos, promovendo a prevenção, atendendo em nível ambulatorial e em internações.

Território-área

É a área de abrangência de uma unidade básica de saúde, que deve corresponder à corresponsabilidade entre da população e do Poder Público, por meio dos prestadores de serviços à saúde. A área é o espaço de atuação da Unidade Básica de saúde (UBS), que é formada por microáreas contendo algo em torno de 2400 a 4000 pessoas.

Território-microárea

É a subdivisão do Território -área, cuja característica é concentrar condições socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas etc. mais homogêneas, para facilitar a implantação de programas e desenvolver a vigilância em saúde; cada microárea deve contar no máximo 750 habitantes, que será a unidade operacional do Agente de Saúde.

Território-moradia

No início do cadastramento das famílias no PSF considerava-se a família como o conjunto de pessoas que dividiam o mesmo espaço de habitação, o espaço de existência de uma unidade familiar.

Territorialização e serviços de saúde: desafios operacionais

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al, 1998).

O processo de territorialização é um dos elementos do tripé operacional da vigilância em saúde junto com as práticas e os problemas sanitários se constituindo como uma das ferramentas básicas para o planejamento estratégico situacional. O enfoque, estratégico-situacional foi proposto originalmente por Carlos Matus (Matus, 1989; Rivera, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem como base a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, e entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem (Matus, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional deve ser pensado de forma contínua e ascendente como forma de ordenamento de um território definido.

² Fonte: www.docs/publicacoes/geral/manual_acs