



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE GEOGRAFIA**

GLACIANE MARIA DA SILVA SANTOS

**O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

GLACIANE MARIA DA SILVA SANTOS

O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia, apresentada ao Curso de licenciatura em geografia da Universidade Federal de Campina Grande-PB, como requisito para obtenção do título de licenciada em geografia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Martha Priscila Bezerra Pereira.

CAMPINA GRANDE-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

S237p

Santos, Glaciane Maria da Silva.

O papel dos agentes comunitários de saúde na promoção da saúde: uma revisão da literatura / Glaciane Maria da Silva Santos. ï Campina Grande, 2018. 49 f. : il. color.

Monografia (Licenciatura em Geografia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2018.

"Orientação: Profª. Drª. Martha Priscila Bezerra Pereira".
Referências.

1. Geografia da Saúde. 2. ACS. 3. Promoção da Saúde. 4. Revisão de Literatura. I. Pereira, Martha Priscila Bezerra. II. Título.

CDU 911.3:30(043)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE GEOGRAFIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA DE: **Glaciane Maria da Silva**

TÍTULO: **O papel dos agentes comunitários de saúde na promoção da saúde:
uma revisão da literatura**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Campina Grande (PB), 14 de março de 2018.

Prof. Dr. Martha Priscila Bezerra Pereira (UFCG - Orientadora)

Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior (Examinador Interno)

Prof. Dr. Sérgio Luiz Malta de Azevedo (UFCG – Examinador Interno)

AGRADECIMENTOS

Aqui deixo meus agradecimentos, primeiramente, a Deus por conceder a oportunidade e capacidade de entrar e concluir este curso. Grata pela sua bondade, sempre me dando forças nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Luzinete Maria da Silva Santos e Demilson dos Santos, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim sempre com amor e cuidado, muito agradecida por suas constantes orações.

Sou grata ao meu esposo e amigo, Janilson Silva, pelo amor e compressão que sempre me apoiou e motivou em todos os momentos.

A todos os meus irmãos, em especial, à minha irmã Delcinete, companheira de curso que sempre estivemos juntas na luta pelo nosso sonho. Aos meus irmãos Flávio e João Paulo que sempre nos auxiliava com transportes quando necessário, aos cunhados e cunhadas, enfim a toda à minha família sem exceção.

À minha orientadora, Martha Priscila Bezerra Pereira, pela oportunidade de participar do grupo de pesquisa Pró-Saúde Geo. Grata pela paciência, compreensão e dedicação nas orientações, pessoa a qual admiro muito.

Ao professor Lincoln Diniz que muito me ajudou no início do curso e não me deixou desistir quando surgiram as dificuldades, e aos demais professores que me ajudaram a chegar até aqui.

Aos amigos e colegas do curso e do Pró-Saúde Geo que compartilharam momentos de dificuldades e de alegrias, e a todos os demais amigos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

“Porque dele, por ele e para ele são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”

Romanos 11:36

Dedico ao Deus da minha vida.

Aos meus pais, Demilson e Luzinete, e ao
meu querido esposo Janilson.

RESUMO

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A mesma almeja fomentar qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. A primeira experiência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu no Ceará em 1987, no Programa de Agentes de Saúde (PAS), com objetivo duplo de gerar renda para as mulheres daquela área e ao mesmo tempo, contribuir para a redução da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Ao entender que a ação do ACS vai além da saúde curativa e preventiva e pode gerar ações de promoção da saúde, este trabalho tem por objetivo analisar o papel do ACS na promoção da saúde. A fundamentação teórica baseou-se nos conceitos de promoção da saúde, saúde, paisagem e território. Para atingir os objetivos propostos preocupou-se em realizar uma pesquisa bibliográfica considerando a relevância do tema, dessa forma, definiram-se os seguintes procedimentos: levantamento de referências e levantamento na internet. Como resultados, constataram-se algumas experiências promotoras da saúde desenvolvidas por ACS. Foi possível perceber que os ACS trabalham conforme o estabelecido pelo ministério da saúde, porém, ainda necessita de avanços no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: ACS. Promoção da saúde. Revisão da literatura. Geografia da saúde.

ABSTRACT

Health promotion is the name given to the Community Empowerment process to act in improving their quality of life and health, including greater participation in the control of this process. The same aims to foster quality of life and reduce vulnerabilities and health risks related to their determinants and constraints. The first experience of community health agents (ACS) as a comprehensive strategy of structured public health occurred in Ceará in 1987, in the Program of Health Agents (PAS), with a double objective of generating income for women in that area and at the same time contributing to the reduction of Infant mortality, prioritizing the implementation of health actions of women and children. In understanding that the action of ACS goes beyond curative and preventive health and can generate actions to promote health, this work aims to analyze the role of ACS in the promotion of health. The theoretical reasoning was based on the concepts of promoting health, health, landscape and territory. In order to achieve the proposed objectives he was concerned with conducting a bibliographical survey considering the relevance of the theme, thus the following procedures were defined: survey of references and survey on the Internet. As a result, some health-promoting experiences developed by ACS have been verified. It was possible to notice that the ACS work as established by the Ministry of health, however, still requires advances with regard to the development of health promotion.

Key words: ACS. Health promotion. Bibliographic review. Geography of the Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro I- Tipos de atividades promotoras da saúde desenvolvidas por ACS. 36

Quadro II- Possibilidades de ações que podem ser desenvolvidas por ACS. 37

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I- Histórico das políticas de saúde no Brasil no período de 1923-2012..... 45

Apêndice II- Política nacional de promoção da saúde: temas prioritários 47

Apêndice III- Leis referentes às políticas de promoção da saúde 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP- Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEB- Comunidades Eclesiais de Base
CNBB- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CIT- Comissão de Intergestores Tripartite
CIB- Comissão de Intergestores Bipartite
CONACS- Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
EUA- Estados Unidos da América
eSF- equipe de Saúde da Família
HEMOBRAS- Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IAP- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PAS- Programa de Agentes de Saúde
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS- Programa de Ações Integradas de Saúde
PAB- Piso de Atenção Básica
PMF- Programa Médico da Família
PSF- Programa de Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE GEO - Grupo de Pesquisa em Geografia para a Promoção da Saúde
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS- Sistema Único de Saúde
SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SSC- Sistema de Saúde Cubano
SINPAS Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
OMS- Organização Mundial da Saúde
URSS- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1.0 CAPÍTULO I: A PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: UMA REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	13
1.1 Percursos da pesquisa	22
2.0 CAPÍTULO II: MODELO AMERICANO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NAS PRÁTICAS DOS ACS NO BRASIL	23
2.1 A influência da pastoral da criança na criação das políticas dos ACS.....	23
2.2 Aspectos da promoção da saúde no Brasil: entre o público e o privado	29
3.0 CAPÍTULO III: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES POBRES URBANAS; EXEMPLOS DE CASOS, DESCRIÇÕES, E DISCUSSÃO	32
3.1 Definição dos tipos de ações.....	32
3.2 Exemplos de ações de promoção da saúde	33
3.3 Possibilidades de ações.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver o estudo sobre o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) como promotores da saúde surgiu durante as reuniões do grupo de pesquisa *Geografia para Promoção da Saúde* (Pró-saúde Geo), nas quais era abordado o referido tema. Dentre os vários profissionais que atuam como promotores, o ACS é o que mais está próximo à comunidade, pensando nisso, decidimos fazer uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

Segundo a carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Esta vem sendo entendida como estratégias que atua a serviço da saúde, trabalhando com a mobilização comunitária, buscando construir espaços saudáveis. A política da promoção da saúde almeja fomentar qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (OLIVEIRA, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde (PAS), visto como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada surgiu a partir de uma experiência exitosa no município de Jucás, Ceará. Essa experiência disseminou-se por todo o Estado, como parte do Programa de Emergência criado em decorrência da seca, no ano de 1987, com o objetivo duplo de gerar renda para as mulheres daquela área e ao mesmo tempo, contribuir para a redução da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (TOMAZ, 2002 apud LIMA 2011). Em 1991, através do processo de construção do Sistema Único de Saúde, estabelecida por norma Constitucional de 1988, os ACS passaram a ter essa denominação e foram incluídos no programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ao entender que o trabalho do ACS vai além da saúde curativa, preventiva e na produção de ações de promoção da saúde, este trabalho tem o objetivo de analisar o papel do ACS na promoção da saúde.

No que diz respeito à organização do trabalho, o mesmo foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, são abordados os aportes teóricos que serviram de embasamento para a formulação da pesquisa, são apresentados os conceitos importantes

para o trabalho, como o de promoção da saúde, saúde, território e paisagem. No segundo capítulo, são expostos os procedimentos metodológicos para os fins da pesquisa.

No terceiro capítulo, é apresentada a atuação dos ACS em comunidades pobres urbanas, trazendo um resgate histórico do surgimento e, posteriormente, a evolução das políticas públicas no Brasil. Em seguida, a abordagem sobre a pastoral da criança que muito se assemelha às atividades desenvolvidas pelos ACS, ademais, ressaltamos o modelo médico Cubano que exerce funções junto ao indivíduo e à comunidade.

Por fim, no quarto e último capítulo temos como meta conhecer as ações de promoção da saúde em comunidades pobres urbanas com exemplos de casos, discussões e possibilidades.

1.0. A PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: UMA REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Para tratar do tema da pesquisa, percebeu-se, inicialmente, a necessidade de correlacionar alguns conceitos que são imprescindíveis na discussão dos resultados. Desta forma, resgatou-se o conceito de **saúde**, como meta máxima a ser alcançada; **promoção da saúde**, enquanto forma de materializar essa saúde coletivamente; o **território** enquanto local que se materializam as ações e a **paisagem**, como resultado das ideias e ações no espaço geográfico. Para finalizar o raciocínio teórico buscou-se a **teoria da determinação social do processo saúde-doença**, possibilitando entender que o local de moradia e o trabalho possibilitam o surgimento de perfis específicos de morbidade.

Segundo a carta de Ottawa, **Promoção da saúde** é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Ao conceituar o termo Gutierrez (1997: 117 apud BUSS, 2003) afirma:

promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo. (GUTIERREZ apud BUSS, 2003).

Para Buss (2003), a Promoção da Saúde seria uma racionalização de possibilidades ou atitudes concretas que visam tanto uma possível mudança de comportamentos individuais, quanto do ambiente em que o indivíduo vivencia, tendo como foco a melhoria das condições de saúde dos mesmos.

O conceito de Promoção da Saúde vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos, principalmente, nos países em desenvolvimento, como Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental (BUSS, 2000). Este vem sendo elaborado por diferentes fatores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais (BUSS, 2003). Podemos destacar como marco no desenvolvimento de suas bases conceituais e políticas as Conferências Internacionais realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

O termo Promoção da saúde foi utilizado à primeira vez pelo historiador e médico Henry Sigerist, na década de 1940, quando definiu quatro tarefas da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação do doente (OLIVEIRA, 2012). Posteriormente, Leavell & Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A *prevenção primária*, feita no período da pré-patogênese, desenvolve medidas de proteção específica do homem contra agentes patológicos ou estabelece barreiras contra os agentes do meio ambiente. Na *prevenção secundária*, o processo patológico já está instalado (patogênese), portanto a mesma se dá por meio do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, procurando evitar as sequelas e a invalidez. Posteriormente, na presença de defeitos ou invalidez, atua-se na *prevenção terciária*, por meio da reabilitação (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). Desde então, há uma certa evolução conceitual concernente a este termo.

Esse termo passou a ter impacto internacional através do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá, fazendo com que a Organização Mundial da Saúde se engajasse, tornando-se, uma emissora extremamente forte dos seus princípios tendo, a partir de então, uma escala de impacto abrangente (PEREIRA, 2017).

Brasil (2010) ressalta que o principal objetivo da promoção da saúde é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, refere-se à promoção da saúde como:

Uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010, p.17).

Segundo Araújo e Assunção (2004), desde o surgimento da promoção da saúde, esse termo tem sido incorporado em diferentes contextos e em propostas distintas de intervenção, que se divide em dois grandes grupos:

a - aquelas atividades voltadas à transformação dos comportamentos do indivíduo, dirigidas ao estilo de vida e localizando-os no seio da família e, no máximo, no ambiente cultural. A adesão a esta linha nos conduz à realização de atividades de promoção da saúde voltadas para os componentes educativos

relacionados com os riscos comportamentais passíveis de mudança e sob o controle do próprio cidadão. Exemplo: higiene pessoal, hábito de fumar, etc.; b - aquelas atividades relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente no sentido amplo (ambiente físico, social, político, econômico e cultural). As atividades de promoção neste segundo grupo se dariam através de políticas públicas intersetoriais, participação da sociedade e do poder público (ARAÚJO E ASSUNÇÃO 2004, Pg.20).

Nas ações individuais, a promoção da saúde consiste nas transformações de comportamento dos indivíduos, focando no estilo de vida, no ambiente e comunidade em que se encontram (BUSS, 2000). Esse modelo baseia-se na promoção da saúde individual associada ao modelo de vida do próprio indivíduo. Dentro desse modelo incluem-se as atividades físicas, uma boa alimentação, a higiene pessoal, o exercício mental, dieta, dentre outras atribuições.

Nas ações coletivas, o Estado, por sua vez, tem o controle. Para tanto, essas atividades são compreendidas no sentido mais amplo de caráter social, político e econômico, através de políticas públicas de saúde para o desenvolvimento saudável da população. Nesse sentido, Buss (2000) ao discorrer sobre as ações coletivas destaca;

[...] saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações (BUSS, 2000, grifo nosso).

Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a **saúde**, e sobre os quais a saúde pública deve intervir, é o de campo da saúde (*healthfield*), formulado em 1974, por Marc Lalonde. De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange: a) *a biologia humana*, que compreende a herança genética incluindo os fatores de envelhecimento; b) *o meio ambiente*, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; c) *o estilo de vida*, o qual resulta decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; d) *a organização da assistência à saúde*, a assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse

é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos (SCILIAR, 2007).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Dessa forma, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCILIAR, 2007). Reforçando esse pensamento, Naomar Almeida Filho, em seu livro “*O que é Saúde*”, discorre sobre várias facetas do conceito saúde: saúde como fenômeno; saúde como metáfora; saúde como medida; saúde como valor; saúde como práxis, destacando sua diversidade de formas (ALMEIDA FILHO, 2011).

Para Laurell (1997: 86), a saúde é vista como;

‘necessidade humana’ cuja satisfação “associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico” (LAURELL, 1997 apud BATISTELA, 2007).

A Declaração de Jacarta (1997), afirma que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se à saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (SCILIAR, 2007).

A carta de Ottawa, por sua vez, assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Assim sendo, a saúde é um recurso fundamental para a vida cotidiana. A carta de Ottawa ainda apresenta como pré-requisitos e condições fundamentais para a saúde, como a “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, o tabagismo e outras drogas, a vida corrida da cidade, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Também se destaca a desilusão do cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, Pinto e Fracolli (2010) apontam a saúde como um produto de diversos fatores que mantêm relação com a qualidade de vida (boa alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação, apoio social e familiar, estilo de vida responsável).

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986: 4 apud BATISTELA, 2007).

O autor ainda propõe estratégias;

Se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população. Precisamos, ainda, saber estabelecer as relações dessas condições de vida e trabalho, por um lado, com determinantes mais gerais da sociedade e, por outro, com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos. Devemos também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações – o Programa de Saúde da Família (PSF), sem dúvida alguma, é uma das mais importantes estratégias nessa direção. Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos como também para o conjunto social, buscando, com isso, obter o apoio político necessário à implementação de intervenções (BATISTELA, 2007).

O conceito de **território** não é exclusivo da Geografia, pois, tem sido utilizado nas ciências em geral. Segundo Pereira e Barcelos (2006), território trata-se de um termo interdisciplinar e polissêmico, por vezes, relacionado à Biologia (etologia), à Ciência Política (Estado), à Antropologia (territorialidade) etc., e está diretamente ligado com relações de poder. Assim sendo, a sua definição se faz pela apropriação/dominação de uma área por um determinado grupo social (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder (MONKEN; BARCELOS, 2007). Além disso, o território caracteriza-se como um espaço em que a população estabelece relações sociais, vivencia seus problemas de saúde e interage com os profissionais das unidades prestadoras de serviços de saúde, portanto, é possível identificar o perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (CAMPOS, 2011).

Assim como setores de governo criam territórios para fins administrativos, o setor saúde também tem suas divisões territoriais no interior dos Estados e municípios, que podem não ter limites claros, e, em geral, obedecem a critérios de equilíbrio das populações a serem atendidas pelo Sistema de Saúde (MONKEN; BARCELOS, 2007). Dessa forma, os Sistemas de Saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

De acordo com Faria e Bortolozzi (2009), a análise sobre o território torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos de determinadas questões de saúde na vida das pessoas, como, por exemplo, o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, quanto tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam.

Sabendo que as estratégias de promoção da saúde devem se adaptar as necessidades de cada localidade, levando em consideração os níveis sociais, cultural e econômico, entender o território onde a população está inserida favorece o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde. Rocha et., al. (2009) afirmam que o território é o local concreto da realidade da vida coletiva, através da qual as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam, e é também onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos. O território orienta o campo das políticas públicas, como ressalta Koga & Ramos (2004, apud Campos, 2011), as diferentes interfaces do território vêm denotar não somente sua complexidade, mas também sua riqueza para o campo das políticas públicas,

considerando a possibilidade de repensar parâmetros que ultrapassem a segmentação de demandas ou a focalização de ações.

A abordagem do território permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

No que diz respeito à **Paisagem**, Gomes (2001, apud NOGUEIRA, 2013) afirma que a mesma resulta da apreensão do olhar do indivíduo, que por sua vez, é condicionado por filtros fisiológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos, e da esfera da rememoração e da lembrança recorrente. A paisagem só existe a partir do indivíduo que se organiza, combina e promove arranjos dos conteúdos e formas dos elementos processos num jogo de mosaicos.

Partindo do entendimento dessa categoria, podemos trabalhar com a paisagem de risco, prevenção de doenças e promoção da saúde. Desse modo, o homem interfere na paisagem do seu espaço favorecendo ou não o desenvolvimento de estratégias que identifiquem riscos, promoção e prevenção da saúde, em que o ser humano e o poder político são responsáveis indiretos ou diretos dos cuidados para com a sua saúde (SILVA; PEREIRA, 2015).

Paisagem de risco está ligada às possíveis ameaças relacionadas à saúde do indivíduo. Segundo Veyret & Richemont (2007, apud PEREIRA, 2010), o risco pode ser entendido como uma construção social em que uma pessoa ou grupo percebe um perigo possível, que pode ser previsível a depender de ocorrências anteriores ou de um conjunto de fatores que indiquem uma possibilidade de ocorrência de um perigo.

Quanto ao conceito de prevenção, de acordo com Pereira (2010), seriam intervenções que buscam evitar a incidência e a prevalência de doenças específicas nas populações. Segundo Czeresnia (2003), as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A prevenção orienta às ações de detecção,

controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades, seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

Já a Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976: 19 apud Czeresnia 2003).

Qualquer uma dessas paisagens (risco, prevenção e promoção) está associada a um ambiente circundante, pois quando se percebe o risco, este está presente no ambiente, e a observação das ações preventivas e de promoção da saúde também estaria relacionada ao ambiente, pois são intervenções relacionadas tanto a comportamentos individuais quanto ao ambiente vivenciado (PEREIRA, 2010).

Nesta perspectiva, podemos considerar que, a partir do momento em que a saúde depende dos fatores que mantém relação com a qualidade de vida, esta passa a ser determinada não apenas por um caráter biológico, mas sim por um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos.

Laurell (1982) desenvolve o conceito de processo saúde-doença como algo de caráter histórico e social, o qual compreende o ser humano como um ser social, formado de acordo com as condições objetivas dadas em determinados momentos históricos, desde seu local de moradia e trabalho até as bases da sociedade em que vive. Em termos gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

O processo saúde-doença vem sendo explicada há muito tempo e por várias visões que divergem em vários aspectos entre si. O mundo passou pela teoria mística desse processo, onde eram forças sobrenaturais que determinavam o adoecimento. Logo em seguida, essa teoria foi superada pela explicação que a doença era um fato decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto em que ele vivia. Após esse momento, surge a teoria da unicausalidade com a descoberta dos micro-organismos como agente etiológico. Depois de muitos debates e dados demonstrando a ineficácia desse modelo para explicar diversos agravos de saúde, a partir da epidemiologia clássica, chegamos a uma

atualização que foi chamada de multicausalidade, onde não apenas o biológico causava as doenças, mas também diversos fatores outros que vinha desde o social até o psicológico. Com o avanço da epidemiologia social, uma área da epidemiologia muito mais crítica do que a epidemiologia clássica, chegamos ao modelo da determinação social do processo saúde-doença (MORELLI, FERNANDES, BASTOS, 2013).

A determinação social do processo saúde-doença traz a perspectiva de que saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade (MORELLI, FERNANDES, BASTOS, 2013). No Brasil, a determinação social da doença dá maior ênfase ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, as quais, cada grupo social está relacionado através do modo de vida (BARATA, 2009).

Morelli, Fernandes e Bastos (2013, p. 24) ressaltam como o social interfere no biológico, ou seja, como o nosso modelo econômico determina o processo saúde-doença das populações. Sobre o modo de vida, eles afirmam, “este é um meio de determinação social, esse campo é o meio onde o indivíduo está inserido em seu dia-a-dia, a sua casa, o seu trabalho, a sua renda, crença, classe social, alimentação, saneamento básico, assistência em saúde etc”. Dessa forma, entende-se que o lugar em que o indivíduo está inserido, o modelo de vida do homem na sociedade, o ambiente de moradia, influencia na qualidade de vida determinando assim o processo saúde doença. Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em consideração o meio físico em que está inserido, pois, a saúde está relacionada, diretamente, com a qualidade de vida, ou seja, a saúde contribui para melhorar as condições de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde.

Ceballos (2015) propõe que o conhecimento sobre a determinação social do adoecimento precisa ser revertido em ação de melhoria da situação de saúde nas populações. Ou seja, é necessário reduzir as iniquidades sociais, reduzir a exposição a fatores de risco, reduzir a vulnerabilidade biológica e social de determinados grupos e, por meio da assistência, reduzir os danos ou consequências dos agentes determinantes.

Através da correlação desses conceitos, podemos entender a dinâmica existente no espaço geográfico e como está organizado para promover saúde e qualidade de vida, reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde, tendo como base a paisagem resultante das ações do homem, que podem favorecer ou não o ambiente para a promoção da saúde, e o território capaz de concretizar as ações, sabendo que a qualidade de vida e bem estar, depende dos fatores socioeconômico, pois, o contexto social determina a posição e oportunidade de cada indivíduo.

1.1 Percursos da pesquisa

Para atingir os objetivos propostos preocupou-se em realizar alguns procedimentos metodológicos. Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, considerando a relevância do tema, buscando conhecer sob o olhar de alguns autores, as ações de promoção da saúde desenvolvidas por ACS. Segundo Gil (2008, p. 50), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos. Para Marconi e Lakatos (2003), a finalidade desse tipo de pesquisa é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. A partir desses pressupostos, definiram-se os seguintes procedimentos metodológicos: a) levantamento de referências; b) pesquisa na internet.

a) **Levantamento de referências:** A coleta de informações foi realizada por meio de consulta em livros e artigos, bem como teses, dissertações, TCC's, entre outras fontes de pesquisas já realizadas acerca da temática que envolve os aspectos da promoção da saúde e ACS. Como referência para o trabalho alguns autores foram de suma importância como: Pereira, (2011) que trata das competências e práticas sociais dos Agentes de saúde e Buss, (2000; 2003) que traz uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde.

b) **Pesquisa na internet:** Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do tema, este trabalho foi elaborado tendo por base material previamente publicado, como artigos científicos, utilizando os descritores: ACS e Promoção da saúde. Também foram realizadas buscas por dados oficiais e materiais correlacionados ao assunto, disponíveis nos bancos de dados *Scielo*, *Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) e o Ministério da saúde.

2.0 MODELO AMERICANO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NAS PRÁTICAS DOS ACS NO BRASIL

2.1. A influência da pastoral da criança na criação das políticas dos ACS

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por um contexto de transição democrática, até então as políticas sociais foram marcadas por um período de exclusão social, em que só tinham direito aos cuidados de saúde as pessoas que tinham como pagar por estes serviços, e quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia. O movimento da Reforma Sanitária teve início com os profissionais de saúde, que começaram a criticar o modelo de saúde vigente e propor alternativas para um novo modelo. Como resultado dessa mobilização e de toda sociedade brasileira, desenvolveu-se o chamado SUS (Sistema Único de Saúde) (LIMA, 2011).

No Brasil desde o século XIX têm sido desenvolvidas algumas formas de enfrentamento de problemas de saúde que ocorreram através da implantação de modelos assistenciais, sendo eles: o modelo assistencial sanitarista, o modelo médico-assistencial privatista e os modelos assistenciais alternativos (PEREIRA, 2011).

O modelo assistencial sanitarista passou a ser importante a partir do final do século XIX, momento em que o controle e a necessidade de uma polícia sanitária foi defendida no sentido de assegurar a correta higienização dos recursos produzidos, sendo esta de fato implementada apenas no início do século XX (ABREU, 1997; BRASIL, 2004 apud PEREIRA, 2011). O modelo sanitarista age enquanto sujeito e os seus objetos de trabalho são “os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização etc.)” (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002, apud PEREIRA, 2011).

No Brasil, o modelo médico-assistencial privatista remontam ao aparecimento da assistência médica da previdência social na mesma época em que se deu início a expansão da industrialização no país durante a primeira gestão de Getúlio Vargas. O setor privado ficou responsável pelas ações de atenção médica (rentável) e o setor público ficou responsabilizado pelas ações de saúde pública (não rentável) e sua intermediação era realizada através da Previdência Social (MENDES, 1993 apud PEREIRA, 2011). Nesse modelo, o médico age a partir de sua especialização, tendo uma ação complementar com

médicos de outras especialidades ou paramédicos. A partir desse pensamento são trabalhadas as doenças (nas suas mais variadas manifestações) e os doentes (através do atendimento clínico, laboratorial e cirúrgico) (PEREIRA, 2011).

Os modelos assistenciais alternativos têm como referência a carta de Ottawa (Canadá) na ocasião em que foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986. De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002 apud PEREIRA, 2011), a Vigilância à Saúde busca construir um modelo assistencial que articula conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, planejamento e ciências sociais em saúde.

Bachilli (2008, apud LIMA, 2011) ressalta que a construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Como já citado anteriormente, a primeira experiência dos ACS como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu no Ceará, em 1987, no Programa de Agentes de Saúde (PAS), com objetivo duplo de gerar renda para as mulheres daquela área e ao mesmo tempo, contribuir para a redução da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (TOMAZ, 2002 apud LIMA 2011). Contudo, o objetivo central do PACS era a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do País, por meio de uma extensão de cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (POZ, 2002 apud LIMA, 2011).

A equipe do PACS era formada por um enfermeiro (a) e ACS distribuídos por territórios que abrangiam de 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DAMALSO, 2002 apud BRASIL, 2005). As atribuições do ACS no surgimento da profissão se configurou em práticas de prevenção de doenças e práticas curativas de intervenção no paciente como realização de curativos, aferição de pressão arterial, administração de medicamentos entre outras (SILVA, 1997 apud SILVA, et., al. 2012)

O ACS representa o elo entre as necessidades de saúde da população e os serviços de saúde, pois é o profissional que está mais próximo da comunidade. Dessa forma, se identifica com a comunidade, pois está inserido nesta e faz parte do mesmo contexto sociocultural, linguagem, costumes, e atua em visita domiciliar conhecendo as dificuldades da área. Sua atuação é delimitada a uma base geográfica a partir de áreas.

Bornstein (2007) afirma que “a origem das experiências com agentes de saúde no Brasil é bem anterior à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)”. Neste sentido, David (apud BORNSTEIN, 2007) se refere às iniciativas de organizações religiosas, sobretudo católicas, na “formação e utilização de agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares”.

Ressalta-se o foco da participação da Igreja Católica, como um importante sujeito político na constituição dos agentes de saúde. Como destaca Sant’Anna;

Desde os anos 1970, as comunidades eclesiais de base (CEBs) foram uma das principais formas encontradas pela Igreja de se fazer presente na trama social, buscando, a um só tempo, uma sintonia com os desafios do mundo moderno, no sentido de atualizar a fé, e uma aproximação a determinadas demandas da classe subalterna (SANT’ANNA, 2005, p. 256 apud DURÃO, et al, 2011).

Com efeito, Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), narra que a sua primeira experiência como agente de saúde em Recife ocorreu com o seu engajamento na pastoral e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (DURÃO, et., al. 2011). Doimo (1995 apud DURÃO, et., al. 2011) destaca o papel das pastorais da Igreja Católica no campo da saúde, as quais, a princípio, realizavam ações de cunho assistencial, inspiradas em métodos naturalistas, com a utilização de plantas medicinais, remédios caseiros etc.

Nesta perspectiva, não poderíamos deixar de citar as informações da Pastoral da criança que atua, principalmente, nas camadas mais pobres da sociedade, e agem na promoção da saúde e do desenvolvimento integral de gestantes, crianças e suas famílias.

A Pastoral da Criança é um organismo de ação social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - instituição permanente que congrega os Bispos da Igreja católica no país), que alicerça sua atuação na organização da comunidade e na capacitação de líderes voluntários que vivem na própria comunidade e assumem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias vizinhas em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania (GONZAGA, et., al. 2015).

A Pastoral da Criança surgiu por meio de uma reunião ocorrida em 1982, em Genebra, em que participaram duas entidades de suma importância: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Confederação Nacional de Bispos no Brasil (CNBB).

O tema dessa reunião era voltado para a pobreza e mortalidade infantil. Nesse evento, Sr. James Grant, presidente da UNICEF, em conversa com Dom Paulo Evaristo Arns a respeito das causas de mortalidade infantil no Brasil, sugeriu a realização de um trabalho em que se preconizava diminuir as mortes por doenças preveníveis. Ao retornar ao Brasil, Dom Paulo Evaristo Arns procurou a Dr^a Zilda Arns, médica pediatra e sanitarista da cidade de Curitiba – Paraná, com quem falou sobre o assunto. A médica prontamente aceitou o desafio e iniciou seu trabalho (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000 apud LIMA, 2006).

Dessa forma, suas atividades iniciaram no município do Estado do Paraná chamado Florestópolis, que na época possuía o maior índice de mortalidade infantil desse Estado. Esse município possuía uma população muito pobre e o índice de desenvolvimento era muito baixo, pois a maioria da população era composta por boias-frias que passavam a maior parte do ano sem emprego e renda (GONZAGA, et., al. 2015). Hoje, a Pastoral da Criança está presente em todos os Estados brasileiros e, principalmente, nas periferias das grandes cidades e na pobreza dos pequenos e médios municípios.

O serviço prestado pelo agente comunitário da Pastoral da criança à comunidade se assemelha ao do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no que diz respeito às visitas domiciliares e orientação quanto aos serviços de saúde, pois, o mesmo se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente, na cultura, na linguagem e nos costumes. De acordo com Araújo (2000, apud LIMA 2015), o Líder Comunitário da pastoral da criança deve possuir as seguintes características, que são essenciais para o desenvolvimento de seu trabalho: residir na comunidade a qual se dedica e possuir contato direto com a população local. Não é obrigatório ter formação escolar completa.

A pastoral da criança tem o objetivo de garantir que todas as crianças tenham direito à sobrevivência infantil, desenvolvimento integral e melhoria da qualidade de vida. Além desses, a pastoral também possui outros objetivos paralelos, dentre eles, está o oferecimento de cursos profissionalizantes para as mães, a alfabetização de jovens e adultos, bem como o controle de políticas públicas junto ao Estado, ou seja, o foco de todo o trabalho da pastoral é a comunidade e a família. Para a realização dos serviços prestados pela pastoral, os voluntários contam com apoio nacional e internacional, seja de entidades ligadas à igreja, como de órgãos governamentais e não governamentais (TESKE &

RODRIGUES, 2015). Além de garantir a qualidade de vida das crianças, a Pastoral da Criança desenvolve outros projetos de geração de renda para os mais necessitados, que repassa recursos a grupos familiares sem opção de trabalho. A Pastoral capacita essas pessoas na atividade escolhida, que pode ser tanto de produção como de comercialização de produtos, tais como hortas comunitárias, criação de animais, artesanato etc. (NITRINI, 2003).

A rotina de trabalho do Líder Comunitário da pastoral da criança é dividida em três momentos. O primeiro momento, chamado de “visita domiciliar”, é realizada mensalmente, nessa visita observa-se se não existe nenhum indício de maus tratos nas crianças acompanhadas; se a gestante está fazendo o pré-natal corretamente e faz-se o acompanhamento da carteira de vacinação da criança e da gestante. O segundo momento é conhecido como o “dia do peso”, é realizado uma vez ao mês, sendo que a pessoa responsável pela criança a leva até o local, onde é verificado se esta ganhou ou se perdeu peso. O terceiro momento é chamado de “reunião mensal para reflexão”, que serve para os Líderes Comunitários discutirem os assuntos pertinentes aos fatos decorridos no mês de trabalho, principalmente, sobre os benefícios realizados e as dificuldades encontradas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004 apud LIMA, 2006).

Por outro lado, centrado no modelo assistencial, com finalidade específica para a comunidade, surge a proposta do Médico de Família (PMF), atualmente conhecido como o médico especialista na atenção básica.

Nesse sentido, inicialmente, duas propostas de reformulação do ensino médico são destacadas pela sua enorme influência na organização dos serviços de saúde. São elas, a de Abraham Flexner, em 1910, que influenciou na reforma das faculdades de medicina dos Estados Unidos e Canadá; e a de Bertrand Dawson, em 1920, que influenciou o ensino das faculdades da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), nos anos de 40 e 50 (BOTAZZO e FREITAS, 1998 apud HÜBNER; FRANCO, 2007).

Segundo Nogueira (1994 apud HÜBNER; FRANCO, 2007), o Relatório Flexner serviu de referência para a modelagem da medicina americana:

Tal ideário de ensino se impôs ao resto do mundo no decorrer do século XX, operando, de um lado, a ideia de que a qualidade da formação em medicina é igual à capacidade de dominar e de aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica e, de outro, em relação à prática

médica, propagando o conceito de que ela é proporcional ao tempo de contato que seus agentes tenham tido, e ainda tenham de alguma forma, com laboratórios das ciências biomédicas e com clínicas hospitalares bem equipadas (HÜBNER; FRANCO, 2007).

A consolidação do modelo baseado em Flexner influenciou a formação médica em toda a América Latina, a partir da década de 1940, através dos EUA. Esse modelo, segundo Silva Júnior (1998), entra em crise na década de 70, devido a problemas relativos à ineficiência, ineficácia e desigualdade na distribuição de seus progressos.

Por outro lado, foi elaborado por Dawson um relatório, em 1920, opondo-se ao modelo flexneriano, propondo a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. Sobre esse relatório Rosen (1994) afirma que

[...] os serviços médicos só poderiam ser assegurados por intermédio de uma “organização nova e ampliada”, que deveria ser formada em função das necessidades da comunidade. Ressaltava a importância de organizar as ações de saúde segundo níveis de complexidade e custos do tratamento, considerando os avanços tecnológicos no setor saúde, a ampliação dos custos do tratamento e a dificuldade crescente de acesso aos serviços de saúde pela população mais pobre (ROSEN, 1994 apud SOUSA 2015).

Dawson considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade, que os currículos das escolas médicas, ao invés de se preocuparem excessivamente com a constituição de disciplinas de especialidades, deveriam concentrar seus esforços na formação de um profissional mais generalista, capaz de exercer sua prática em um sistema de saúde regionalizado (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Foi na década de 1960, nos Estados Unidos, que a proposta de médico de família mais se expandiu. Em 1969, a medicina familiar foi ali reconhecida como especialidade médica. Na década de 1970, o modelo foi difundido no Canadá, México e em alguns países europeus. O plano de Dawson foi implementado depois da Segunda Guerra Mundial pela URSS, e Inglaterra, passou a ser o centro do programa de saúde na Inglaterra, sendo depois levado a outros países, como Cuba, após a revolução socialista de 1959, e Canadá, no final dos anos de 1960. Estes países podem ser considerados berços de experiências de medicina familiar no mundo (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Nos EUA, a partir da década de 1960, desenvolveu-se a proposta da Medicina Comunitária, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso aos mesmos, de amplas camadas da população. “Foram implantados como parte da chamada ‘guerra à pobreza’, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época” (SILVA JUNIOR apud FRANCO; MERHY, 2003, p. 74).

O modelo Cubano, SSC (Sistema de Saúde Cubano) está estruturado em 4 níveis, dando-se um grande relevo aos cuidados de Saúde Primários, com base no fato de ser melhor gastar um pouco na prevenção do que, mais tarde, gastar muito no tratamento de doenças avançadas (MADUREIRA, 2010).

Sendo assim, tem-se o Nível Primário, com ampla cobertura e baixa complexidade, composto por Equipes de Saúde Básica responsáveis por implementar o Programa de Médico de Família, sendo compostas por um médico e um enfermeiro, que trabalham num consultório responsável por cerca de 800 pessoas residentes nos quarteirões vizinhos. O Nível Secundário, com menor cobertura e maior complexidade, fazem parte os hospitais regionais e municipais, para onde os doentes são encaminhados quando o Nível Primário é insuficiente para a resolução do seu problema. Os níveis Terciário e Quaternário, de cobertura mínima e complexidade máxima, ocorrem quando há necessidade de internamento. O Terciário, quando o internamento acontece para diagnóstico e/ou tratamento e o Quaternário, quando a condição do doente requer Unidade de Cuidados Intensivos (MADUREIRA, 2010).

O Programa de Médico de Família (PMF) tem a responsabilidade de compreender o indivíduo e o seu estado de doença, integrando-os num contexto de família, casa e localidade que o influencia e por quem é influenciado, visando à prevenção de doenças e a promoção de Saúde, utilizando a consulta, a visita domiciliária e assistência educativa para a Saúde como maiores ferramentas para este fim (MADUREIRA, 2010).

2.2 Aspectos da promoção da saúde no Brasil: entre o público e o privado

As condições de vida e saúde, na maioria dos países, têm melhorado significativamente no último século, isso graças aos progressos no avanço das atividades desenvolvidas pelo Estado. Políticas públicas de saúde referem-se ao papel do Estado em

desenvolver estratégias e melhores condições de saúde para a sociedade, por meio de propostas e ações públicas. Paim e Teixeira (2006) caracterizam política de saúde como a resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

A evolução histórica das políticas de saúde relaciona-se diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do avanço do capitalismo e, por consequência, sofrendo as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Entre os principais avanços em relação à política de saúde no Brasil, tem-se a criação da Previdência Social no Brasil, em 1923, (Lei Elói Chaves) considerado o início das políticas sociais no país e, posteriormente, as Caixas de Aposentadoria e Pensão - Caps. As Caps organizadas pelas empresas ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados às empresas (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015). A partir daí nascem, nesse momento, complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde.

A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Ressalta-se que o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, ou seja, tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Em 1965, deu-se a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) resultado da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964. O INPS significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010 apud GUIDINI, 2012).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência

médica, basicamente, à custa de compra de serviços médico- hospitalares e especializados do setor privado (REIS, ARAÚJO, CECILIO, 2006). Em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada (REIS, ARAÚJO, CECILIO, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de Reforma Sanitária voltada a universalização do acesso, a equidade no atendimento, a integralidade na atenção, a unificação institucional do sistema, a descentralização, a regionalização, a hierarquização das redes de serviços e a participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2010 apud GUIDINI, 2012).

Em 1987, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários (REIS, ARAÚJO, CECILIO, 2006). No ano seguinte, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”, sendo um marco na história da saúde pública brasileira (apêndice I).

O SUS está em constante aperfeiçoamento, o ministério da saúde tem investido em políticas públicas de saúde através de programas e ações com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Segundo Guidini (2012), a dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS e isso pode ser analisado nas perspectivas das estruturas existentes, do processo de produção de serviços, e dos resultados sanitários. Dessa forma, o Ministério da Saúde promove políticas de saúde baseadas no princípio do Sistema Único de Saúde que oferece acesso integral, universal e gratuito a todos os brasileiros.

3.0 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES POBRES URBANAS; EXEMPLOS DE CASOS, DESCRIÇÕES E DISCUSSÃO.

3.1 Definições dos tipos ações

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde; elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Segundo Buss (2003), as políticas públicas saudáveis se expressam por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais justas da renda e políticas sociais. Este conceito vem em oposição à orientação prévia à conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde.

A criação de ambientes favoráveis à saúde se dá por meio da inserção, na agenda de prioridades da saúde, de ações como proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que a facilitem e a favoreçam, como o trabalho, o lazer etc. (BUSS, 2003).

O reforço da ação comunitária acontece na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem. Nesta área é o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde.

No desenvolvimento de habilidades pessoais, todas as etapas da vida encontram-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para isto, é imprescindível à divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer em qualquer espaço coletivo. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações.

A reorientação do sistema de saúde na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta

de Ottawa. A carta preconiza também uma visão abrangente e intersectorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

No sentido de executar todas as atribuições imputadas pela carta de Ottawa, estão envolvidos os profissionais e grupos sociais, assim como, o pessoal que têm a responsabilidade de 'mediação' em relação à saúde. Entre eles, está o ACS como mediador entre os serviços de saúde e a população que exerce o papel significativo neste cenário. Podemos afirmar que dos campos de ação defendidos na Carta de Ottawa, apenas 'construção de políticas públicas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde', não se evidencia o envolvimento do ACS em razão de não estar em seu alcance.

Pereira (2011) em sua tese de doutorado ressalta as competências dos agentes de saúde, a partir daí a autora desenvolve alguns conceitos que são importantes no trabalho dos ACS, como o conceito de motivação, Características pessoais, Domínio conceitual, Autonomia, Domínio da linguagem cartográfica. *Motivação* é o que impulsiona o sujeito a fazer algo. *Características pessoais* são características que influenciam no desempenho das competências e habilidades. *Domínio conceitual* é fruto de um processo educativo junto à família, sociedade, escola formal e capacitação profissional. *Autonomia* depende de sua iniciativa e do envolvimento do agente com questões da comunidade onde trabalha. *Domínio da linguagem cartográfica* está relacionado à experiência com leitura de mapas e à representação cartográfica da realidade local.

3.2 Exemplos de ações de promoção da saúde

Brasil (2009) resume as atividades do ACS, juntamente com a equipe de saúde. a) identificar áreas e situações de risco individual e coletivo (baixa renda, desemprego, acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc., falta de água tratada, lixo armazenado em locais inadequados, uso incorreto de venenos na lavoura, poluição do ar ou da água, falta de alimentação ou alimentação inadequada, automedicação, descontinuidade de tratamento, etc.) b) encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; c) orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde; d) acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

Além dessas atividades que são prioritárias para o mistério da saúde, os ACS desenvolvem ações de extrema importância, principalmente, aos grupos vulneráveis, ou seja, em comunidades pobres urbanas. Entende-se por comunidades urbanas as pessoas que "moram em geral na cidade, em aglomerações que possuem laços mais fortes de vizinhança devido à necessidade de lutar coletivamente por melhorias" (PEREIRA, 2001, p. 27). A partir das leituras pudemos observar exemplos de casos em que os ACS atuam de maneira eficaz nas áreas mais carentes.

A Revista Brasileira Saúde da Família (1999) exibe na IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, inúmeros relatos de experiências dentre eles, alguns mostram os ACS em ação.

Francisco Djairo Bezerra Alves, um dos autores que participou da mostra, apresenta seu relato intitulado de: *“Trupe da Saúde: teatro do oprimido – Protagonizando vidas, sentidos e sentimentos”*, o ACS coordena um grupo de teatro chamado Trupe da Saúde, que atua junto à equipe de Saúde da Família (eSF) de Parque dos Coqueiros, em Natal (RN). O grupo formado por ACS e usuários usa o teatro como estratégia lúdica e provocativa para promover na comunidade a reflexão, direta ou indiretamente, de temas relacionados à saúde. As representações acontecem nas reuniões temáticas da unidade de saúde ou em eventos em escolas e instituições diversas. Os temas são discutidos em conjunto e se baseiam nas demandas de risco e observações dos assuntos levantados na interação com os usuários: higiene doméstica, gravidez na adolescência, diversidade e adversidade cultural, humanização, doenças transmissíveis e outros temas relacionados ao processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 1999).

Outra experiência foi um estudo desenvolvido sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, que ajudou as comunidades mais necessitadas. Em seu relato, Silva (2001) afirma que os ACS destacam seu trabalho com ações preventivas, sendo que suas ações visa lidar com hábitos e comportamentos. Há uma série de grupos educativo-assistenciais, como oficina terapêutica, caminhada para o controle de peso mensal, desenvolvem ainda atividades como o grafite, capoeira, trabalhos manuais, etc., empenhando-se desde o papel educativo até as atividades de lazer e cultura que é praticamente ausente nesses bairros. Dentre as atividades para a terceira idade

destacam-se passeios, palestras acompanhadas de bailes, segundo o relato da agente, algumas pessoas chegavam tristes e saíam muito felizes.

Em uma parte do discurso da agente de saúde empenhada nesse projeto, a mesma relata que foram feitos mutirões de casa em casa, orientando a respeito do perigo do lixo, e entregado lixeiras comunitárias para os bairros, depois de uma reunião coletiva os próprios moradores produziram suas próprias lixeiras. E juntos lutam por melhores condições de vida, como creche, saneamento básico, energia, e, além disso, tem havido uma mobilização por equipamentos de lazer (SILVA, 2001).

Duarte, Silva e Cardoso (2007), em seu artigo *“Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde”*, mostram que a partir da construção de um Programa de Educação para capacitar um grupo de agentes comunitárias de unidade de saúde da família de Habiteto, um bairro de periferia no município de Sorocaba- SP, reuniu famílias retiradas de áreas de risco. No programa de educação, as ACS apresentavam, como “queixa” principal, a falta de higiene da comunidade, há muitas famílias vivendo em situação precária, elas acreditam que é um assunto delicado e ofensivo para abordar com os moradores, e sugeriram a realização de palestras, encontros ou teatro como estratégias mais adequadas. Depois compreenderam que o problema de higiene pode estar associado a questões como: baixa autoestima, desemprego, miséria, depressão, entre outras. Dessa forma, no sentido de reintegrar as famílias do Habiteto à escolarização, conseguiram preencher uma classe de supletivo no bairro, facilitando o acesso ao mercado de trabalho.

Outro exemplo de promoção da saúde desenvolvido por ACS de um município do sudeste Goiano foi o desenvolvimento de trabalhos manuais, por meio de um projeto, cujos objetivos, além de criar trabalho e gerar renda as famílias, são também produzir cidadania e dignidade. Que é um projeto de Terapia ocupacional, um curso de artesanato com o nome “tecendo saúde”. Trata-se de um ambiente acolhedor, descontraído. Durante a produção artesanal, os sujeitos conversam sobre os mais variados assuntos, família, vizinhos, saúde, entre outros.

Sem dúvida, mais do que aprender uma nova atividade, o curso serve para ampliar as relações de amizade, é possível estimular a parte cognitiva, e ajuda na distração perante a rotina de casa, propiciando bem estar. Promovendo e reforçando a aproximação entre os

ACS e a comunidade, em um ambiente de interação e socialização (LOPES; SANTANA; OLIVEIRA, 2011).

No Recife, especificamente a comunidade do Coque, os ACS também utilizam suas habilidades artísticas para confeccionar bonecos mamulengos e fantoches, com esses instrumentos, trabalham com a educação ambiental, dentre outras coisas. Ainda no Recife, os ACS estão sempre em busca de realizar ações que motivem e sensibilizem, dentre elas a elaboração de letras que se adequem a músicas conhecidas (as paródias) para sensibilizar os moradores quanto aos riscos relacionados ao mosquito da dengue e formas de diminuir a quantidade de criadouros na sua área de trabalho, que é muito próxima ao rio no seu baixo curso. Os ACS ainda elaboram peças de teatro e ações que beneficiem a comunidade na parte social, como a entrega de cestas básicas em épocas festivas.

Além do trabalho cotidiano, os ACS trabalham junto à comunidade para realizar outras atividades relacionadas à preservação do meio ambiente, à melhoria da saúde da população e das condições econômicas da comunidade, como, por exemplo, o trabalho com coleta seletiva e de coleta de óleo de cozinha para fabricação do sabão, gerando renda para a comunidade. Outros trabalham com atividades de arte, reciclagem e meio ambiente, através de oficinas principalmente com crianças, adolescentes e idosos, entre as quais se destacam as oficinas de máscaras e material reciclado, que tem tido grande repercussão no local (PEREIRA, 2011).

Quadro I- Tipos de atividades promotoras da saúde desenvolvidas por ACS

MUNICÍPIOS/UF	ATIVIDADES PROMOTORAS DA SAÚDE	FONTE
Natal/RN	Teatro	Brasil (1999)
São Paulo/SP	Oficina terapêutica, caminhada para o controle de peso mensal, grafite, capoeira, trabalhos manuais, passeios, palestras acompanhadas de bailes etc.,	Silva (2001)
Sorocaba/SP	Projeto de reintegração à escolarização.	Duarte, Silva e Cardoso (2007)
Sudeste Goiano	Artesanato para geração de renda.	Lopes, Santana e Oliveira (2011)
Recife/PE	Paródias, teatro, entrega de cestas básicas, coleta seletiva, fabricação de sabão (geração de renda), oficinas de reciclagem.	Pereira (2011)

Fonte: SANTOS, 2018.

3.3 possibilidades de ações

Sabendo que vivemos conforme o ambiente, é necessário unir forças para que esse ambiente seja o melhor possível. Para haver progresso na promoção da saúde é preciso se ter a noção de práticas associadas aos conhecimentos que se aprofundem em questões de saúde, condições vida, desenvolvimento social, meio ambiente etc.

O ACS como canal de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde também carregam a responsabilidade de promotores da saúde trazendo consigo o compromisso com a comunidade em que faz parte. Silva e Dalmaso (2002) identificam no trabalho do ACS dois componentes principais da sua proposta de atuação: um técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este põe o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social.

Desse modo, o ACS possui o papel extremamente importante na promoção da saúde, por meio de ações educativas e promotoras da saúde que contribui tanto para a melhoria da saúde quanto para o desenvolvimento social. Este tem a capacidade, juntamente, com a comunidade aglomerar forças em prol de um ambiente saudável, reivindicando por melhorias, através das buscas por políticas públicas ou até mesmo através de parcerias entre os próprios moradores.

Podemos listar algumas possibilidades de ações que podem ser eficazes para a promoção da saúde em ambientes de pobreza e vulnerabilidades podendo ser vistas como oportunidades para driblar as dificuldades socioeconômicas. Quadro II.

Quadro II: Possibilidades de ações que podem ser desenvolvidas por ACS

AÇÕES EDUCATIVAS	POSSIBILIDADES
Filmes	Essa proposta tem caráter educativo, podendo ser trabalhadas várias questões relacionadas à saúde.

Palestras	Esta sugestão deve ser bem planejada, não apenas falas monótonas, mas com dinâmicas, atividades, brincadeiras etc., de maneira que fiquem a vontade a tirarem dúvidas.
Teatro e dança	Nesse contexto pode ser aplicados temas como gravidez na adolescência, drogas, violência, e questões relacionadas á saúde. E a dança como meio de atividade física e lazer.
Movimentos culturais (literatura e música)	Nesse momento as pessoas ficam ligadas de forma dinâmica exercendo o diálogo, e provendo saúde.
Artesanato	A proposta de artesanato (pinturas em tecidos e em telas, artes com papeis, artes em E.V.A., tricôs e crochês, artes com materiais recicláveis, etc.) pode ser vista como alternativa de geração de renda, troca de experiências, lazer, integração e autovalorização.
Plantação de hortas	A horta seria produzida pelos próprios moradores com o intuito de gerar renda. Já valorizando o reaproveitamento do material orgânico.
Implantação da coleta seletiva	A reciclagem pode ser uma grande oportunidade para gerar renda, sem contar os benefícios para o meio ambiente.
Oficinas de customização	Essa customização poderia ser empregada em roupas e chinelo (apliques e bordados). Após as oficinas, os interessados podiam buscar meios de começar seu próprio negócio.
Doações	O ACS solicitava colaboradores para ampliar as doações que seriam destinadas às pessoas mais carentes.
Curso profissionalizante	Nesse caso, não está totalmente sobre o alcance dos ACS, porém, se houver parcerias poderá ser efetivado. O curso poderia ser o básico em corte e costura, confecção de bijuterias, aplicação de miçangas em acessórios e biscuit.

Fonte: SANTOS, 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, assevera-se que a saúde não é uma responsabilidade exclusiva do indivíduo, mas que reúne diversos fatores que articulam de forma singular na sociedade, proporcionando ou não uma boa qualidade de vida para a população, as políticas públicas devem proporcionar o bem-estar das comunidades menos favorecidas, do mesmo modo, a comunidade coletivamente pode solucionar boa parte dos problemas existentes, através da organização da mesma, lutando pela cidadania e a inclusão, levando a uma possibilidade de transformação social.

O ACS tem um papel fundamental no desenvolvimento das ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e à qualidade de vida, baseando-se em ações educativas e promotoras da saúde e que buscam o desenvolvimento comunitário, atuando no sentido de desenvolver práticas embasadas numa visão mais social, empenhando-se por políticas que tragam benefícios comunitários e qualidade de vida para a população, muito embora sabendo que, algumas intervenções se constituem utópicas, pois está fora do alcance dos ACS.

Diante das leituras realizadas, foi possível perceber que os ACS trabalham conforme o que foi estabelecido pelo Ministério da Saúde que é promover ações que busquem integração entre a equipe de saúde e a comunidade; planejamento das ações e avaliações; desenvolver em equipe ações de promoção da saúde; prevenção e monitoramentos de grupos específicos. Porém, no campo *desenvolver ações de promoção da saúde*, percebe-se que ainda necessita de avanços, no entanto, é possível que haja melhoras por meio de diálogos e de capacitação junto à equipe, é necessário planejamento quanto às ações de promoção a serem desenvolvidas, levando em consideração carência da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**/Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.
- ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros. ASSUNÇÃO, Raquel Silva. **A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças.** Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 jan/fev; 57 (1):19-25.
- BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde.** In: Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D'Andrea Corbo. (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 1, p. 51-86.
- BARATA, Rita Baradas, **Como e Porque as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde?** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009, 120p.
- BRASIL. (MS) Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p: il.
- BRASIL. (MS) Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**– Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. (MS) Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**– 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, (MS) **Revista Brasileira Saúde da Família** – Ano 1, n. 1 (jan. / abr. 1999)– Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. (MS) Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. (MS). Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.
- BRASIL. Portaria Nº 2.761, de 19 de nov. de 2013. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**, Brasília, Nov. 2013.
- BRASIL. (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.
- BRASIL. (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: (MS) 2012.

BORNSTEIN, Vera Joana. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes.** [tese] Rio de Janeiro: s.n., 2007. 231p.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176p. P. 15-38.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, n.1, pp.163-177.

CAMPOS, Eliane Christine Santos de. **Território e Gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde - SUS.** In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luis. Programa de pós-graduação em políticas públicas, 2011. p. 1-10.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde.** – Recife: [s.n.], 2015. 20 p.

CIELO, Ivanete Daga; SCHMIDT, Carla Maria; WENNINGKAMP, Keila Raquel. **Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná** (2011). *DRd-Desenvolvimento Regional em debate*, v. 5, n. 1, p. 211-230, 2015.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176p, p. 39-53.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. **Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007.

DURÃO, Anna Violeta. MOROSINI, Márcia Valéria. CARVALHO, Valéria **Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação.** In: *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes.* – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Programa Saúde da Família (PSF): **contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. [monografia] Rio Grande do Sul, universidade Federal de Santa Maria, 2012.

GONZAGA, C.A.M. FUJINAGA, C.I.CHEMIN. G.A.P. OLIVEIRA, G.F. **Organização social em prol do combate à desnutrição e mortalidade infantil: pastoral da criança**. IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar Nov. 2015, n. 9, p. 4-8. Maringá – Paraná – Brasil.

HÜBNER, Luiz Carlos Moreira. FRANCO, Túlio Batista. **O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 173-191, 2007.

LAURELL, Asa Cristina. **La salud-enfermedad como processo social**. Revista latino-americana de salud, 2, 1982, pp 7-25.

LIMA, Alessandra de. **Perfil do líder comunitário da pastoral da criança da região norte da cidade de Londrina-PR**. [DISSERTAÇÃO]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista – UNESP; 2006.

LIMA, Cristiane Simões Pires. **Dificuldades vivenciadas pelo Agente Comunitário de Saúde em seu trabalho cotidiano**. [TCC]. Lagoa Santa- Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

LOPES, Mayra Maia. SANTANA, Fabiana Ribeiro. OLIVEIRA Normalene Sena de. **Ações de saúde de agentes comunitários na estratégia saúde da família: triangulação de dados**, 2011, (mimeo).

MADUREIRA, Pedro de Sousa Pizarro. **Sistema de saúde cubano**. 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf> Acesso em: 15 de Dez, 2017.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica** - 5. Ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**. In: Angélica Ferreira Fonseca; Ana Maria D'Andrea Corbo. (Org.). O território e o processo saúde-doença. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 1, p. 177-224.

MORELLI, Thiago Cherem. FERNANDES, Maianne. BASTOS, João. **Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde**. Revista COES em movimento. n. 1, 2013.

NOGUEIRA, Kleilton Wagner Alves da Silva. **Feira da prata: uma análise através da percepção da paisagem**. 2013 113.p. (TCC)- Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

NITRINI S. Lições da Pastoral da Criança: **entrevista com Zilda Arns Neumann**. Ver. Estud. Av. 2003; 17(48): 63-75.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Resgatando saberes e ressignificando práticas; Interfaces no campo da saúde coletiva**; Campina Grande. EDUFCG, 1ª edição; 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. spe, p. 73-78, 2006.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. SOUZA JÚNIOR, Xisto Serafim de Santana. **Promoção da Saúde e Geografia: Análise de pesquisa no estado da Paraíba pelo Pró-Saúde Geo**. In Paraíba: pluralidade e representações geográficas, v2. Anieres Barboza da Silva, Henrique Elias Pessoa Gutierrez, Josias de Castro Galvão, (Org.). Campina Grande: EDUFCG, 2017.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **A paisagem do risco na perspectiva dos agentes de saúde da ESF e do PSA na cidade do Recife** - PE. In: XVI Encontro Nacional de Geógrafos, 2010, Porto Alegre. Crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças. São Paulo - SP: AGB, 2010.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. BARCELLOS, Christovam; **O território no Programa Saúde da Família**. - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 2 n. 2, p. 47-55, 2006.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife e políticas públicas**: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde. Recife - PE: 2001, dissertação (UFPE/ CFCH/DCG/PPGG), 2001, 108p.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE**. 2008. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Presidente Prudente, 2008, 493p.

PINTO, A.A.M. FRACOLLI, L.A. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):766-9.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. UNA-SUS. UNIFESP. 2006. Especialização em Saúde da Família. Disponível em< <http://www.unasus.unifesp>.

br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4. Pdf> acesso em: 21/12/2017.

ROCHA, RM, TAVARES, MFL, CARVALHO, AI, ZANCAN, L. **Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local**. In: Oliveira RG, organizador. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009. p.379-98.

SCILIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

Secretaria de Previdência, ministério da fazenda. Disponível em< <http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1960-1973/> > Acesso em: 21/03/2018.

SILVA, Alexsandro Bezerra da. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Roteiros de campo em Geografia da Saúde no município de Campina Grande – PB e municípios circunvizinhos**. HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, P. 20 - 34, Dez/2015.

SILVA, Joana Azevedo da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, 2002.

SILVA, B. T.; BARBOSA, L. A.; DANTAS, T.M; OLIVEIRA, C.C; SOUZA NETO, F. C. V. **Dificuldades Enfrentadas pelo Agente Comunitário de Saúde: Compreensão Necessária para Prática de Enfermagem**. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem- CBCENF, 2012, Fortaleza. Cuidado e Proteção da vida, 2012.

SUERTEGARAY, D. M. **Espaço Geográfico uno e múltiplo**. In: Revista de Geografía y Ciencias Sociales, no. 93. Universidad de Barcelona, julho/2001.

SOUSA, Camille Melo Barreto e. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015 148p.

TESKE, Kamyla Taysa. RODRIGUES, Kátia Fabiane. **A importância da pastoral da criança no desenvolvimento econômico e humano do município de Cascavel no período de 2006 a 2013**. I CINGEN- Conferência Internacional em Gestão de Negócios 2015. Cascavel, PR, Brasil, 2015.

APÊNDICE I
Histórico das Políticas de Saúde no Brasil no período de 1923-2012

ANO	POLÍTICAS	FONTE
1923	Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP); a lei confere estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1932	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs); visto como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1960	A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, criou a Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.	Brasil (2013)
1965	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1971	A Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971, institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – PRÓ-RURAL, em substituição ao plano básico de Previdência Social Rural.	Brasil (2013)
1972	A Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, incluiu os empregados domésticos na Previdência Social.	Brasil (2013)
1977	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica basicamente à custa de compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1982	Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS); dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde; consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1987	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS); tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1988	Constituição Cidadã; esta estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços”.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1990	Sistema Único de Saúde (SUS); criada através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos	Reis, Araújo, Cecílio (2006).

	serviços correspondentes”.	
1991	Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) ; criada com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB).	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1993	NOB-SUS 93 ; procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde.	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
1996	NOB 96 ; acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como Programa de Saúde da Família (PSF).	Reis, Araújo, Cecílio (2006).
2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS ; sua ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços.	Reis, Araújo, Cecílio (2006); Brasil (2011).
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Brasil (2011)
2004	Políticas Nacionais ; Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente”. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).	Brasil (2011)
2005	Política Nacional ; de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.	Brasil (2011)
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.	Brasil (2011)
2007	Política Nacional ; sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo.	Brasil (2011)
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 ; que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.	Brasil (2011)
2009	Política Nacional de Saúde do Homem. Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1.	Brasil (2011)
2010	Programas ; Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.	Brasil (2011)
2011	Programas ; Programa Saúde Não Tem Preço. Estratégia Rede Cegonha, plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde.	Brasil (2011)
2012	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde ; que visa colocar as práticas populares em saúde em um plano mais amplo, de forma democrática e com participação social.	Brasil (2013)

Organizado por: SANTOS, 2018.

APÊNDICE II

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE TEMAS PRIORITÁRIOS

Formação e educação permanente:	Mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, a fim de incluí-las nos espaços de educação permanente.
Alimentação adequada e saudável:	Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.
Práticas corporais e atividades físicas:	Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.
Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados:	Promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.
Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas:	Promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas, com responsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.
Promoção da mobilidade segura:	Buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. Orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo ações de saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e nos demais setores envolvidos, além da sociedade, a fim de definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura. Avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, para que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e, consequentemente, a paz no trânsito.

Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos:	Promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos. Desenvolver tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero e de orientação sexual e à identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e em relação às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Promover a articulação da Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura da paz.
Promoção do desenvolvimento sustentável:	Promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários (cidades/municípios, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros), permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários.

Fonte: BRASIL, 2015.

Apêndice III

Leis referentes às políticas de promoção da saúde

Ano	Emissão	Abrangência territorial	Marcos	Descrição	Tipo da fonte	Referência
2006	Gabinete do Ministro	Brasil	Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006	Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.	Arquivo em PDF	Disponível em < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf > acesso em: 07 de Março de 2018.
2014	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro	Brasil	Portaria Nº 2.446, DE 11 de novembro de 2014	Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).	Arquivo em PDF	Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html > Acesso em: 07 de Março de 2018.

Organizado por: SANTOS, 2018.