



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

DIEILA NAYARA CAMPOS DE MELLO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO
VINCULADA A ATUAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

ARIQUEMES- RO
2012

Dieila Nayara Campos de Mello

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO
VINCULADA A ATUAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora:

Dr^a. Helena Meika Uesugui

Ariquemes - RO
2012

Dieila Nayara Campos de Mello

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO VINCULADA A
ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Orientadora: Dr^a Helena Meika Uesugui
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: Esp. Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: Esp. Sharon M. Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 13 de Novembro de 2012.

Dedico os meus esforços para a realização deste trabalho aos meus pais **Noel** e **Alessandra**, que em nenhum momento mediram esforços para a realização dos meus sonhos e me ensinaram a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta jornada, mesmo tendo me afastando de Ti, tu nunca me abandonaste.

Aos meus pais, pelo exemplo de luta e perseverança. A palavra ensina, mas o exemplo arrasta.

A você pai que nunca mediu esforços para a realização do meu sonho, e por muitas vezes ficou longe de toda família a motivo de trabalho, para me ajudar nessa caminhada.

A minha irmã Dheiny Luana Campos de Mello, pelo carinho e compreensão que teve comigo durante a construção desse trabalho.

A minha tia Luzinete que sempre me apoiou e ofereceu seu ombro amigo, nos momentos mais difíceis da minha caminhada.

Aos meus avós Ilma e Getúlio que sempre me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos, e tiveram sua participação na minha formação.

Aos demais familiares que me apoiaram no meu caminhar.

Aos meus amigos, Cleiton Pardiniho; Rafael Alves; Elessandra Nascimento e Krisnamurti; não sei como agradecer, mas os momentos que vivemos e as lembranças falarão por mim, por nós e por todos os nossos futuros dias. Com vocês eu passei vários momentos de felicidade, mas também de angústia.

As minhas amigas Ingrid Zamai e Rosilene Dalessi, principalmente a você Ingrid que mesmo estando tão longe sempre acreditou nos meus sonhos e me deu apoio para chegar até aqui, amigas essas que sonharam junto comigo com a minha vitória.

“A amizade é ter uma só alma em vários corações”.

Em especial a você, Marta Vieira da Silva, que nesta caminhada não ganhei somente uma colega de faculdade, mas uma amiga e companheira para toda a vida.

A você Marcos Paulo, que apareceu na minha vida de uma forma inesperada, mas que fez toda a diferença.

A minha orientadora Dr^a Helena Meika Uesugui que por si só é o espelho da verdadeira mulher, obrigada pela dedicação em todas as etapas deste trabalho.

A Professora Rosane Alves-Souza que sempre acreditou no meu potencial, mesmo quando eu não me achava capaz.

A Professora Sílvia Michelly Rosetto, que não foi só uma docente, mas uma companheira e amiga, que sempre me compreendeu e me ajudou.

Aos membros da banca examinadora, aos demais professores e colegas que não foram mencionados, mas que foram fundamentais para a realização deste sonho.

Maís do que máquinas precisamos de humanidade. Maís do que inteligência precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará perdido.

Charles Chaplin

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) no seu contexto de atuação desenvolve suas atividades com ênfase na promoção de saúde, alicerçados nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo objetivou enfatizar a importância da humanização e promoção da saúde na atuação do ACS. Para análise desta temática realizou-se estudo de revisão bibliográfica em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites oficiais e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon, onde utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: Promoção da Saúde, Agente comunitário de saúde, humanização da assistência e Enfermagem em Saúde comunitária. A humanização no contexto de atuação do ACS deve estar alicerçada no compromisso e vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade, melhorando assim a qualidade de assistência, trabalhando de forma resolutiva e com acolhimento.

Palavras chave: Promoção da Saúde, Agente Comunitário de Saúde, Humanização da assistência, Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

The Common Health agent (ACS) in his context of performance developed his activities with emphasis in health's promotion, foundation in the beginning doctrine of System Only Health (SUS). This study objective to emphasis the importance humanization and promotion health in the actuation ACH. For analysis that thematic realized study bibliography revision in basis of information Virtual \Library in Health , official sites and information of Library Julio Bordignon, where used the Describer in Health Science: Promotion of Health, Common Health Agent, Humanization of assistance and Nursing common health. The humanization in context of actuation ACS must be found in the commitment and link between health's service and community , improvement the quality of assistance, to work effective and with welcoming.

Key words: Promotion of health, Common Health agent, Humanization of assistance, Nursing in Common Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
4.2 SUS: BREVE HISTÓRICO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS.....	19
4.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
4.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO VINCULADA A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no bojo da abertura política da década de 1980 e da Reforma Sanitária quando o país vivenciava uma maior efervescência nas discussões acerca da construção de políticas públicas democráticas. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, erigiu-se a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, propondo a instituição de um Sistema Único de Saúde. (SILVA; RODRIGUES, 2007).

Diante do atual Sistema de Saúde há um processo de reorientação da assistência à saúde, vinculado a superação de um modelo de atenção hospitalocêntrico, médico-curativo, de cunho individualista para uma atenção integral à saúde com ações coletivas, de prevenção, de promoção, cura e reabilitação. No entanto, tais características passam pelo entendimento do processo saúde/doença dentro do modelo epidemiológico, influenciado por inúmeros determinantes, alocado para o contexto social e uma assistência integral que atinja os planos psicológicos, social e espiritual. (SILVA; RODRIGUES, 2007).

Neste contexto de mudança a luta para assegurar a saúde como um direito universal no contexto mundial de crise e a superação do modelo biomédico é um desafio político de grandes proporções que exige clareza e empenho, especialmente quanto à adequação dos sistemas públicos de saúde às necessidades da população. (SILVA; RODRIGUES, 2007).

Partindo deste viés presume-se que a promoção da saúde, entendida como uma das estratégias de produção social de saúde está articulada e permeia políticas públicas e tecnologias a serem implantadas e pressupõe a interação entre o setor sanitário e os demais setores da sociedade, entre o indivíduo e seu meio, produzindo uma rede de corresponsabilidade visando o alcance de condições mínimas para uma vida digna. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A promoção da saúde relaciona-se com campos privilegiados de ação tais como: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, bem como o desenvolvimento de habilidades e atitudes favoráveis a saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Através das políticas públicas saudáveis, fica clara a intenção de inserir a ideia de promoção da saúde na pauta dos programas políticos, em todos os setores da sociedade e em todos os níveis da organização social, como forma dos políticos, dirigentes, lideranças, enfim, responsáveis pelas políticas públicas, tomarem consciência das consequências de suas decisões sobre a saúde da população e assumirem a sua responsabilidade neste amplo espectro. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Segundo Morosini, Corbo e Guimarães (2007) e é neste contexto de mudança das ações de saúde que os agentes comunitários de saúde (ACS) se destacam como uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de ampliação de cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil, atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem por prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Diante destas constatações que envolvem mudança nas ações de saúde e a inserção do ACS na estratégia de atuação da atual política de saúde, torna-se oportuno realizar algumas considerações sobre a importância da humanização nas atividades de educação em saúde desenvolvidas por ACS para a promoção da saúde.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Enfatizar a importância da humanização e promoção da saúde na atuação do agente comunitário de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Contextualizar promoção da saúde
- ✓ Sintetizar o histórico do SUS
- ✓ Conhecer a Estratégia Saúde da Família
- ✓ Destacar a importância da atuação do ACS

3 METODOLOGIA

A presente monografia se constitui de uma pesquisa bibliográfica realizada no período compreendido de julho a outubro de 2012. O levantamento das publicações foi realizado em base de dados indexados a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites oficiais e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Promoção da Saúde, Agente Comunitário de Saúde, Humanização da assistência, Enfermagem em Saúde Comunitária.

O delineamento dos referenciais compreendeu o período de 1974 a 2011, os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra em periódicos nacionais e internacionais, que evidenciavam as ações de promoção e humanização dos agentes comunitários de saúde no seu contexto de atuação. Os critérios de exclusão utilizados foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo, e que se encontravam sob a forma de resumo.

A seleção dos referenciais incluiu 04 (quatro) livros, 22 (vinte e dois) artigos, sendo 02 (dois) internacionais, além de 11 (doze) documentos do Ministério da Saúde, totalizando 37 (trinta e sete) referências.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A expressão de promoção de saúde surgiu em 1946, através do médico suíço Henri Sigerist, que definiu quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. A diferença entre promoção e prevenção de saúde, está no fato de que a prevenção é vista simplesmente como a ausência de doenças, enquanto a promoção de saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional, onde os indivíduos podem atuar de forma participativa para melhorar a qualidade de vida dessa comunidade. (LOPES et al., 2010).

O primeiro movimento sobre promoção de saúde aconteceu no Canadá, em 1974, através da divulgação do relatório de discussão denominado “The new perspective for the Health of Canadians” que ficou conhecido como relatório de Lalonde, que foi um documento escrito pelo ministro da saúde desse país, Marc Lalonde, que apresenta os quatro eixos determinantes do campo da saúde: a biologia humana que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo; o meio ambiente que agrupa os fatores externos ao organismo, em sua dimensão física e social sobre os quais os indivíduos exercem pouco ou nenhum controle; o eixo estilo de vida considerado o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, e, finalmente a organização da assistência à saúde que disponibiliza a quantidade e qualidade de recursos necessários para os cuidados da saúde. Esse informe é considerado importante para a saúde pública pelas repercussões positivas que contribuíram para o surgimento de vários movimentos em prol da promoção de saúde. (SCHIMDEL, 2009).

Na cidade de Alma Ata em 1978, realizou-se a I conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que resultou na Declaração de Alma Ata onde foi enfatizado o significado de saúde como:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.(DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978 p.1).

Nessa conferência, ficou afirmado que a promoção e proteção da saúde deve ocorrer de forma contínua, tornando-se assim, fundamental como fator determinante na melhoria da saúde da população mundial, demonstrando a importância da atenção primária à saúde dentro de uma comunidade. (BRASIL, 2002).

Esse documento elenca que a atenção primária como o primeiro nível de contato entre os usuários e o sistema de saúde nacional, pelos quais os cuidados de saúde devem alcançar os locais de trabalho e moradias da população.

Devido as crescentes expectativas, que surgiram com a Declaração de Alma Ata sobre o novo conceito de saúde, cria-se em 1986 em Ottawa Canadá, a Carta de Ottawa que preconiza promoção de saúde como:

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. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (CARTA DE OTTAWA, 1986 p.1).

Segundo Lopes et al. (2010) para que as ações de promoção de saúde sejam efetivadas com sucesso, foram traçadas cinco eixos de ação, a saber: propiciar ambientes favoráveis a saúde, formular políticas públicas saudáveis, reforçar ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais e reorientar serviços de saúde.

Outras conferências foram realizadas após a I conferência Internacional de Promoção de saúde, dando origem à elaboração de documentos como a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), que contribuiu para a discussão das Políticas Públicas Saudáveis, onde foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações de saúde, sendo: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes saudáveis. A terceira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizou-se em Sundsvall (Suécia), em 1991, onde se destaca a

interdependência entre o ambiente, em todos os seus aspectos, e a saúde, ressaltando o risco da pobreza à saúde da população. Foi feito um apelo a todas as nações para uma ação imediata, com o intuito de tornar o ambiente físico, social e econômico, cada vez mais propício à saúde.

A Conferência Internacional em Promoção da Saúde, realizada em Bogotá, Colômbia, em novembro de 1992, cujo documento elaborado denominado de “Declaração de Santafé de Bogotá” onde foram reafirmados os princípios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa. (SCHMIDEL, 2009).

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Jakarta (Indonésia), em 1997, é a primeira realizada em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. O tema central dessa conferência era a Promoção da Saúde no Século XXI. Reafirma a Carta de Ottawa, destacando o reforço da ação comunitária, e chama atenção para fatores transnacionais entre os determinantes da saúde, como a globalização da economia, a continuada degradação ambiental e o acesso aos meios de comunicação. (SCHMIDEL, 2009).

Em 1998, aconteceu o encontro da Rede de Mega países para a Promoção da Saúde em Genebra (Suíça), coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo era reconhecerem a necessidade e o potencial para criar o maior impacto na saúde mundial, formando uma aliança entre os 11 países mais populosos, na combinação de esforços. Atuando junto, os países mais ricos poderiam se constituir em uma base poderosa na agenda mundial de políticas de promoção de saúde. (SCHMIDEL, 2009).

A quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na cidade do México, em 2000, com o tema: Rumo a Maior Equidade. Identificou problemas de saúde emergentes e constatou a necessidade de fortalecer a cooperação e colaboração com todos os setores e a sociedade. O relatório final constatou melhora significativa do bem estar social em muitos países do mundo. A Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Bangkok (Tailândia), em 2005, discutiu a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Identificou as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, através da promoção da saúde. (SCHMIDEL, 2009).

A partir das concepções que emergem como preocupação global, foi criada no Brasil, em março de 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), que surge “a partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção de saúde em consonância com o Pacto pela Saúde e os princípios do SUS”. (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde é definida no documento da PNPS 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, 2001 *apud* SCHMIDEL, 2009, p.37).

Essa política busca através de práticas educativas, garantir a população um maior controle sobre sua saúde e meio ambiente, possibilitando uma melhor qualidade de vida a todos. Para a efetividade desse pressuposto, a PNPS possui os seguintes princípios norteadores:

Um conceito ampliado de saúde, visando promover a qualidade de vida, a equidade, e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais; b) busca ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental reduzir as desigualdades, no contexto social mais amplo e das regiões dos países, atentando para as questões específicas como gênero, etnias e raças, opção e orientação sexual, entre outras; e c) aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada. (BRASIL, 2010, p.21 e 22).

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver, sendo assim a saúde torna-se se um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais, físicos e pessoais. O termo promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas sim um campo que tem a flexibilidade de se relacionar com vários outros setores da sociedade, gerando um estilo de vida saudável e um bem-estar global. (SCHMIDEL, 2009).

A promoção de saúde consiste em atividades dirigidas centralmente a transformação dos comportamentos de indivíduos, focando seus estilos de vida e o meio onde estão inseridos, tais como família e comunidade. Neste caso as atividades de promoção de saúde devem focar os componentes educativos, relacionados com os riscos comportamentais, que são aqueles passíveis de mudanças, por exemplo, higiene corporal, alimentação. (BUSS, 2002).

As estratégias propostas pela Promoção da Saúde no âmbito da atual política de saúde apóiam-se na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, universidades, etc.) para que os problemas sejam resolvidos. Essas estratégias perpassam pela descentralização do poder, através de ações multidisciplinares e envolvimento de todos os setores da sociedade, além da participação da população no processo de decidir sobre sua saúde, promovendo assim a melhoria na qualidade de vida. (BYDLOWSKI; PEREIRA; WESTPHAL, 2004).

É consenso que a promoção da saúde e aquisição de “qualidade de vida” engloba aspectos interligados e que têm relação com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas. Para tanto, este cenário gera a necessidade de pensar em políticas públicas saudáveis, que implica na eliminação de múltiplas carências da população, que passam pela pobreza, pela fome, exclusão social, e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

4.2 SUS: BREVE HISTÓRICO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas assume a presidência da República do Brasil, começa a intensificar o processo de industrialização do país e principalmente de urbanização, onde surgem muitas fábricas e com elas oportunidades de empregos, e aumento da população na área urbana. Nessa mesma década, o direito a saúde estava voltado para aquelas pessoas que tinham um trabalho formal e para aquelas que dispunham de recursos financeiros para atendimento médico. (FIGUEIREDO, 2007).

Em 1945 implantou-se um modelo de saúde de maior abrangência, na qual o estado deu ênfase à construção e à compra de serviços próprios na assistência médico hospitalar dos institutos. Com a adoção dessa política de saúde, houve um crescimento considerável dos serviços médicos, porém a demanda se matinha elevada, devido à má qualidade de atendimento e o fato de ter sido ampliado a todos os segurados o direito à saúde. (ROCHA; CESAR, 2008).

Devido ao aparecimento de doenças e mortes a Previdência entra em crise e surge à necessidade de mudanças, em 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) que foi a base do sistema de saúde dessa época, o qual pretendia reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência, sendo sua logística centralizada no Estado como grande financiador de saúde, através da Previdência Social. No entanto, esse novo modelo não respondia aos problemas de saúde da população como epidemias e os indicadores de saúde estavam em patamares preocupantes. O termo movimento pelo reforma sanitária denomina a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares que buscavam melhorias para o setor saúde em caráter universal, e tinha como prioridade a melhoria das condições de vida da população brasileira. (ROCHA; CESAR, 2008).

Essa nova orientação de política pública foi propiciado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde nessa ocasião instalou-se um fórum democrático com ampla participação de representantes de usuários, trabalhadores do setor público e privado, partidos políticos, organizações não governamentais e movimentos sociais, o que originou posteriormente o SUS. (ROCHA; CESAR, 2008).

Em 1988 a Constituição Federal reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população e cria o SUS que é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e de forma complementar pela iniciativa privada segundo a Lei Federal nº 8.080. (BRASIL, 1990).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, p.88).

O SUS tem por doutrina Universalidade para que todas as pessoas tenham direito ao atendimento independente de cor, raça, religião e situação de emprego. Equidade, para assegurar que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, e a Integralidade afirma que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura.

Os princípios do SUS estão fundamentados em Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização e Participação dos cidadãos. A regionalização e hierarquização define que a rede de serviços do SUS deve ser organizada por região, permitindo assim um maior conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área delimitada. A resolutividade é a exigência de quando surgir um problema de saúde com impacto coletivo, o órgão correspondente esteja capacitado para solucionar. Descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, e a participação dos cidadãos é a garantia de que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de decisão sobre a saúde de seu município, atuando junto aos Conselhos de Saúde. (ROCHA; CESAR, 2008).

O SUS traz um novo modelo à saúde do Brasil que é a transformação do modelo de atenção à saúde biologicista, curativo e hospitalocêntrico para um modelo integral que reúna ações de promoção, prevenção, cura e de reabilitação em todos os níveis de atenção a saúde. (VILAR, 2008).

Atrelado a esse novo modelo de saúde, o Poder Público regulou por meios de leis nacionais a organização das redes de saúde por meio da Atenção Básica:

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade. [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo e participação social. (BRASIL, 1999, p.89).

Para que o SUS possa se firmar como espaço da saúde há de se reconstruí-lo em seus fundamentos medulares. (MENDES, 1999). Necessitando que os seus princípios e diretrizes sejam incorporados pelos profissionais da saúde, tanto na

teoria quanto na prática, e a enfermagem como integrante dessa categoria tem a obrigação de voltar-se para esta aquisição.

Dentro das mudanças necessárias ao novo modelo de atenção destaca-se a superação do conceito reducionista de saúde, deixando de ser entendido como ausência de doença para a incorporação de concepções que articulem saúde com as condições de vida, numa perspectiva social e política. Conforme a Constituição de 1988, a saúde é definida como resultado de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos pelo SUS. (MENDES, 1999).

4.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O ano de 1994 foi definido pela Organização Das Nações Unidas (ONU) como o Ano Internacional da Família, fato que incentivou a mudança de comportamento nos gestores a respeito das políticas públicas e a importância da família no contexto de viver e ser saudável. Vários aspectos contribuíram para a valorização dessa instituição social, tais como o elevado número de migração da população pelas condições de pobreza das regiões menos favorecidas, famílias desestruturadas, o aparecimento de crianças nas ruas, elevado índice de mortes infantis e recorrência de patologias facilmente controláveis. Com o propósito de contribuir na mudança do modelo de atenção primária a saúde o Ministério da Saúde cria em março de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem por prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua. (CIANCIARULLO, 2002).

Considerando a expansão do PSF no Brasil, esse programa passa a ser conhecido como uma estratégia de abrangência nacional, a Estratégia Saúde da Família (ESF), essa mudança se deu através da Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. (BRASIL, 2006).

Segundo Ohara (2008), a Saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, onde suas diretrizes organizativas funcionam mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidade básica

de saúde (UBS), sendo essas equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias.

A equipe que atende no ESF deve ser constituída, no mínimo, de um (1) médico, um (1) enfermeiro, 1 (um) técnico de enfermagem e 12 (doze) agentes comunitários de saúde, 1 (um) cirurgião dentário e 1 (um) técnico em higiene bucal, sendo considerado o projeto mais adequado para atender às necessidades de saúde da população. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM/MS nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. (BRASIL, 2008).

O NASF deve ser constituído por no mínimo de assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo e terapeuta ocupacional, para atuarem em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios de abrangência. (BRASIL, 2008).

Conforme Alves; Aerts (2011) a ESF deve ofertar referencias teóricas de vigilância e promoção de saúde e sua atuação deve ocorrer de forma integral e continua, organizando os serviços de saúde, planejando seu processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda espontânea dos serviços de saúde, mas também, desenvolver ações de saúde para os indivíduos que ainda não conhecem ou não utilizam os serviços prestados, sendo imperioso que conheçam o seu território.

Inserido nesse contexto destaca-se um profissional que atua diretamente na comunidade que é o ACS que por sua vez tem suas raízes em grupos religiosos e organizações não governamentais, como promotores de saúde, cujas origens são encontradas no Canadá, a partir de 1920. (BRASIL, 1995).

Em 1991 o Ministério da Saúde, cria o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), com experiências em diversas regiões do país, mas ainda de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde. Seqüencialmente, em 1992, o Pnacs foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), nomenclatura que permaneceu até o presente e se difundiu nacionalmente. Mais tarde, o Pacs agregou-se a ESF. Neste

cenário, a atenção centra-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, levando em consideração suas crenças, valores e cultura, dentro de um contexto de território delimitado.

Ainda, ressalva deve ser feita ao fato de que, apesar da existência de agentes de saúde há vários anos, a profissão foi criada na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. Conforme o Ministério da Saúde (2002):

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (BRASIL, 2002, p.1).

As suas atribuições estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. Conforme Bornstein; Stotz (2008) tais atribuições em sua maioria é formada por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual.

A profissão de ACS foi criada pela Lei nº 10.507 de 2002. Segundo a Lei 11.350 de 2006 são consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situação de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006, p.1).

No Brasil, atualmente, mais de 200 mil ACS estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde. (BRASIL, 2009).

Com base na importância dos ACS dentro da comunidade, faz-se necessário uma qualificação para aprimorar o serviço prestado. As qualificações devem ser elaboradas de modo a permitir agentes críticos e indispensáveis para efetivação do novo modelo de saúde. O papel educativo precisa ser desenvolvido e aprimorado

por todos os integrantes da equipe, principalmente em se tratando da prática educativa em grupo direcionada a área da saúde, possibilitando assim a construção de condutas e papéis que facilitem a integração e a aprendizagem dos envolvidos. (GAZZINELLI; REIS MARQUES, 2006).

O ACS pode e deve ter um olhar observador, atuar com integralidade e equidade rumo à universalidade. Trabalhar humanizado é um vínculo de amizade, sinceridade, dar uma palavra amiga um sorriso demonstrar amor pela profissão. (AYRES et al., 2006).

É a partir destas considerações que estes programas atualmente são vistos como fortes estratégias para substituir o modelo tradicional de assistência e viabilizar a reformulação de atenção à saúde a partir da atenção básica no marco do SUS.

4.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO VINCULADA A ATUAÇÃO DO ACS

Apesar dos avanços que foram acumulados no decorrer da história do SUS, no que diz respeito aos princípios norteadores da atenção e da gestão, esse sistema ainda enfrenta uma grande fragmentação no seu processo de trabalho e nas relações entre os diferentes trabalhadores do sistema. Há uma grande precariedade na interação entre as equipes, despreparo para lidar com a dimensão das práticas de atenção à saúde, sistema público de saúde burocratizado e verticalizado, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, falta de valorização e inclusão dos profissionais e usuários no processo de produção de saúde, desrespeitando assim os direitos dos usuários. Todos esses critérios citados acima contribuem para a falta de complementariedade entre a rede básica de saúde e a comunidade. (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Com a chegada da globalização, enfrentamos um momento de várias mudanças em nossa sociedade, que, conseqüentemente, refletem sobre os serviços de saúde, recebendo cobranças de toda ordem. Entre essas cobranças, podemos ressaltar a necessidade de melhoria no atendimento à saúde da população. (RESENDE, 2007).

A questão desumanizante no contexto da área da saúde vem ocorrendo na medida em que, baseado no modelo biomédico, os usuários do sistema são reduzidos a objetos da própria técnica, onde os sujeitos são percebidos somente na doença e não como um ser humano, o saber técnico define qual é o bem de seu usuário, independentemente de sua opinião. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A discussão sobre a humanização no campo da saúde teve seu início em um cenário onde a humanização era banalizada por grande parte dos gestores e trabalhadores e reivindicado pelos usuários, no qual buscava uma atenção com acolhimento, de forma resolutiva e a melhores condições de trabalho para os trabalhadores. Os usuários buscam uma reivindicação pelo clamor de qualificação e de ampliação de acolhimento, da resolutividade e maior oferta de disponibilidade de serviços. Os trabalhadores por parte deles querem melhores condições de trabalho e de formação para lidar satisfatoriamente com os desafios da assistência nas perspectivas dos princípios dos SUS. (SOUZA; MENDES, 2009).

Vale ressaltar que o conceito de humanização surgiu no campo da saúde associado ao paradigma de direitos humanos, de forma individual e social, dando aos usuários, clientes e consumidores a condição de sujeitos.

Para que houvesse um processo de mudança que respondesse as expectativas de usuários e trabalhadores da saúde, foi necessário enfrentar vários desafios conceituais e metodológicos. (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Segundo os autores supracitados, na área da saúde, a expressão humanização tem sido utilizada com diferentes significados e entendimentos. A humanização, antes estava ligada a movimentos religiosos e filantrópicos, mas esse conceito tem sido modificado nas últimas décadas. Atualmente, é entendida como oferta de atendimento de qualidade, acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho. O conceito de humanização refere-se:

à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário, o mesmo passando a ser entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. (SILVA; SILVEIRA, 2011, p.2).

Várias foram às tentativas de implantação de uma política que tivesse os princípios da humanização, vale lembrar que a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, tinha como temática: "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Além disso, surgiu no mesmo ano o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; o Método Canguru, também de 2000; o Programa de Acreditação Hospitalar, de 2001; entre vários outros programas que tinha como foco a humanização da atenção à saúde no Sistema de saúde. No entanto, a maioria dessas iniciativas era localizada ou pontual, e se estruturaram a partir de idéias variadas e intenções específicas. (SOUZA; MENDES, 2009).

Assim, houve a necessidade da criação de uma política pública de saúde que atendesse aos critérios de humanização. No ano de 2003 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como Humaniza SUS, onde seu objetivo teve ênfase na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de coresponsabilidade, a produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004).

As profissões da saúde fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos. Cada profissão possui sua especificidade de conhecimento e práticas, devido essa especialização de conhecimento, muitas vezes ao invés de possibilitar avanços na assistência, ela ocorre de forma desfragmentada e tecnicista, sem levar em consideração a integralidade do ser humano. (SILVA; SILVEIRA, 2011).

A ESF apresenta-se com uma nova visão de trabalhar que contempla uma equipe multiprofissional, onde as ações devem ser baseadas em compromisso e vínculo, através de práticas humanizadas. É neste cenário que o ACS ocupa um espaço para trabalhar promoção de saúde vinculada a práticas humanizadas, onde esse profissional em particular tem a oportunidade de realizar uma aproximação

mais intensa com o indivíduo/família, e conseqüentemente proporcionar aos usuários um cuidar humanizado, valorizando o contexto em que estão inseridos e a sua integralidade como ser humano.

A atuação do ACS está baseada em dois quesitos principais: um relacionado ao componente técnico; e outro ao político. O componente técnico está ligado ao atendimento de indivíduos e famílias, para a prevenção de agravos e monitoramento de grupos específicos; já o político se refere a questões de organização da comunidade e às transformações das condições de saúde, e nesse contexto que o profissional tem a capacidade de prestar uma assistência humanizada. (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Segundo Sousa et al. (2010) a assistência humanizada prestada pelo ACS deve estar pautada em três eixos a saber: (1) a assistência deve estar baseada no respeito à singularidade do usuário e na valorização da relação empática, priorizando a dimensão biopsicossocial e cultural do ser humano; (2) através de visitas domiciliares, acompanhamentos, encaminhamentos e resolutividade das necessidades do usuário, sendo assim, é nas visitas domiciliares que o ACS presta informação necessária a cada família, levando em consideração as necessidades individuais o que permite ao usuário reconhecer seu problema de saúde, e participação no processo de decidir sobre sua saúde juntamente com a ESF. O Ministério da Saúde preconiza que a visita domiciliar é uma das atividades do ACS a todas as famílias cadastradas sob sua responsabilidade, e através dessa atividade é que se constrói um vínculo, onde o ACS se insere na intimidade familiar, lembrando que essa ação deve estar pautada no respeito, discrição e ética desse profissional, e por fim o eixo (3) fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a equipe e um planejamento de ações.

Nesse contexto o cuidar humanizado envolve a participação de todos os membros da equipe da ESF, através de reuniões entre os profissionais, em que se discutem os problemas da comunidade, e a formulação de estratégias que possibilitem a resolução da problemática encontrada.

A possibilidade de uma área demográfica estar ligada a uma equipe contribui para um sentido de permanência, regularidade e confiança, facilitando a construção de vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade, fortalecendo ideais de humanização e acolhimento.

O acolhimento está ligado ao processo de trabalho em que a equipe estabelece em sua relação com o usuário a noção de valorizar cada vez mais as dimensões relacionais e comunicacionais neste processo. O conceito de acolhimento está submetido a três objetivos, a saber: ampliar o acesso dos usuários ao serviço; humanizar o atendimento e funcionar como dispositivos para a reorganização do processo de trabalho. (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

A concepção de acolhimento está centrada na capacidade de escuta e de diálogo, mas não se trata somente de uma preocupação com a escuta e sim com o tipo de escuta, ou seja, com a sua qualidade. O diálogo está embasado no cuidar e se constitui como um recurso para uma assistência de qualidade, portanto não existe criação de vínculo, sem que o indivíduo seja reconhecido como tal, na condição de que fala, julga e deseja. (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

A promoção da saúde e a humanização vinculada à atuação do ACS está alicerçada em ações que privilegiam a melhoria na qualidade de vida e o direito do indivíduo decidir sobre o seu processo de saúde juntamente com a equipe multidisciplinar. O conceito de humanização está inserido na atenção básica como uma nova força de trabalho, que engaja os princípios do SUS e traz à tona a importância do profissional reconhecer o indivíduo como um todo e suas necessidades básicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde é um processo para o alcance da qualidade de vida, onde o indivíduo tem o direito de decidir sobre sua saúde e melhora na qualidade de vida, focando as ações educativas. Dentre as medidas adotadas para a promoção de saúde, estão as conferências e encontros para firmar compromissos entre as nações.

No Brasil, em 2006 o Ministério da Saúde cria a PNPS, que designa a ampliação e qualificação das ações de promoção de saúde nos serviços de gestão do SUS, política essa que veio atrelada aos Pactos pela Vida.

O trabalho do ACS, não se baseia somente em diagnóstico demográfico e socioeconômico da comunidade, entende-se que suas ações devem ser planejadas e direcionadas a resolução dos problemas dos indivíduos, ações essas que devem estar embasadas na promoção de saúde, com aspectos educacionais de caráter humanizado.

O conceito de humanização tem sido muito utilizado na atenção básica, onde os usuários buscam uma reivindicação pela qualificação e ampliação dos serviços, acolhimento e resolutividade.

Desta forma fica explícita a importância da promoção da saúde e humanização vinculada ao contexto de atuação do ACS, no qual esse profissional tem a oportunidade de atuar na criação de vínculos entre a comunidade atendida e os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, Regina Celi Vieira. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**, São Paulo, 2006, V.30, 306-311, abr/jun.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, V. 16, n. 1, 2011.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, 2011.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo; WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, jan-abr,2004.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ; E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 1, n. 13, p. 259-268, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção de Saúde**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 15 maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 1995.121 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, 19 set. 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2009.83 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. **As Cartas de Promoção de Saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília, DF, 2010, vol 07, 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em 10 out.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização de atenção básica**. Brasília/DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da Família: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde/Publicações Eletrônicas; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 11.350, 5 out. 2006**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional no 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 4 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 nov.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde**. Série B: Textos básicos em saúde. Brasília, DF, 2002, 56p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2012.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. et al. **Saúde na Família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Ensinado a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

GAZZINELLI, Maria Flávia; DOS REIS, Dener Carlos; MARQUES, Rita de Cássia. **Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

Lalonde M 1974. A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and Welfare Canada. Ottawa. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 12(3), 2002. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1161223447.pdf>. Acesso em 14 out. 2012.

LOPES, Maria do Socorro Vieira et. Al. Análise do Conceito de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em 12 out. 2012.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOROSINI, M. V.; CORBO; A. D'A.; GUIMARÃES; C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Rev. Trabalho, educação e saúde**. v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, nov- 2011.

RESENDE, Alvaci Freitas. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: Representações sociais de agentes comunitários de saúde**. Aracaju, 2007.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

SILVA; R. P. G. RODRIGUES, R. M. Indicações da necessidade de mudanças do

modelo de formação do enfermeiro. **Texto final do Pibic**. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Cascavel, 2007.

SILVA, Isabella Dantas; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**. v, 16, 2011.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v, 13, 2009.

SOUSA et. al. O cuidar humanizado na estratégia saúde da família. **Rev. Saúde.com**. v, 6(2) – 139-147, 2010.

SCHMIDEL, Jucineide Proença da Cruz. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção**. Rio de Janeiro, 2009.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de saúde da família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20 [4]: 1099-1117, 2010.

VILAR, Rosana Lúcia Alves. **Trabalho e humanização na Estratégia Saúde da família**. Natal, 2008.

World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa (CA): WHO; 1986.