

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: APRENDENDO COM A PRÁTICA

Data de aceite: 01/11/2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

Maria Hosana Conceição
<http://lattes.cnpq.br/8879904717342874>

Alberto Mesaque Martins
<http://lattes.cnpq.br/4960336011673287>

Felipe Moreira de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1951149119440191>

Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
<http://lattes.cnpq.br/8025807807825011>

Cecile Soriano Rodrigues
<http://lattes.cnpq.br/7413347634935094>

INTRODUÇÃO

Este capítulo fornece uma introdução ao estudo de políticas públicas para estudantes do sistema de saúde brasileiro. O objetivo é abordar conceitos fundamentais para compreensão da complexidade envolvida na formulação/implementação de políticas direcionadas à Atenção Primária à Saúde (APS).

Os conceitos apresentados são os de política, política pública, saúde, política de saúde e política pública saudável. A prática pedagógica aqui descrita ocorre na disciplina Atenção Primária em Saúde (APS) do curso de graduação em Saúde Coletiva, ofertada no quarto período na Universidade de Brasília, a partir de 2014. A intenção é disponibilizar suporte teórico e instrumental normativo, além de refletir sobre uma experiência de uso de método ativo de aprendizagem junto a estudantes de graduação.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2022, p. 2), o curso de graduação em Saúde Coletiva no Brasil é oferecido em universidades brasileiras desde 2008. A formação do Sanitarista envolve as “competências para participar ativamente do processo de gestão das políticas de saúde em nível local, regional e nacional; desenhar, implantar e organizar serviços e redes de atenção à saúde” (Projeto Político-Pedagógico, 2022, p. 38).

De acordo com o Projeto Político-Pedagógico (2022, p. 39), este profissional deve ser capaz de

- atuar em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, com conhecimentos acerca das distintas esferas e formas de gestão, organização e funcionamento de sistemas e serviços de saúde;
- analisar situações de saúde e propor alternativas de solução aos problemas identificados;
- respeitar a diversidade sociocultural das populações e agir orientado por princípios éticos e humanistas;
- ter perspectiva de promoção da saúde e atuar focado nas potencialidades de saúde de indivíduos e coletividades.

Norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação profissional do Gestor/Sanitarista deve estar conectada às

[...] políticas públicas e ao desenvolvimento científico e tecnológico, para atender às necessidades sociais; ao cuidado em saúde; à gestão e à tomada de decisão, com base na análise crítica dos cenários sócio-políticos e das evidências científicas; da escuta ativa do indivíduo, da família e da comunidade (DCN, 2022, p. 9).

Alguns egressos do curso de Saúde Coletiva desempenham essas funções elencadas no Projeto Político-Pedagógico (2022) e nas DCN (2022) em diferentes órgãos da administração pública. Por essa razão, a primeira atividade do semestre da disciplina APS é promover uma roda de conversa entre esses egressos e os estudantes na sala de aula. É uma conversa livre e descontraída, sem amarras de qualquer tipo, para facilitar a compreensão do futuro exercício profissional como Gestores/Sanitaristas.

Conceito de Política

O termo política se refere ao “curso intencional de ação ou inação empreendido por um ator ou conjunto de atores ao lidar com um problema ou questão de interesse” (Andersen, 1994, p. 5). As políticas seguem um propósito específico, correspondem a ações administrativas do governo, incluindo leis, regulamentos, decisões ou ordens (Yalmanov, 2020, p. 558).

Para Trostle, Bronfman e Langer (1999, p. 104), as políticas consolidam as diretrizes governamentais ou organizacionais sobre alocações de recursos e princípios de comportamento desejado. Muitos indivíduos, que podem ser **chamados de “formuladores de políticas”, preferem se ver como “tomadores de decisão” ou como atores em um processo de tomada de decisão.**

A política é um guia de ação para a mudança, influenciando tanto as escolhas quanto a alocação dos recursos. A decisão sobre o montante de recursos aplicados é uma afirmação de comprometimento com certas áreas de interesse. A decisão sobre o montante efetivamente gasto mostra as prioridades dos tomadores de decisão. As políticas estabelecem prioridades e direcionam a alocação de recursos (Milio, 2001, p. 622).

A formulação de políticas se configura em um “mecanismo para transformar

necessidades sociais em normas universais e vinculativas que regulam as relações e determinam a criação e a distribuição de recursos na sociedade para resolver problemas politicamente significativos” (Yalmanov, 2020, p. 562-563).

Conceito de Políticas Públicas

Entende-se por políticas públicas um conjunto de diretrizes e referenciais éticos legais adotados pelo Estado de modo a fazer frente a problemas apresentados pela sociedade (Teixeira, 1997, p. 43).

A política pública é formulada por autoridades públicas, consiste em padrões de ações tomadas ao longo do tempo e resulta da demanda. Sua **elaboração por parte do governo corresponde ao curso de uma ação em resposta à pressão sobre algum problema percebido. A política pública pode ser positiva (uma ação deliberadamente intencional) ou negativa (uma decisão deliberadamente intencional de não agir)** (Smith; Larimer, 2009, p. 4). Nesse sentido, a política pública deriva de uma longa série de ações realizadas para resolver problemas sociais por meio da formulação de políticas. Essa definição reflete as ações e as interações das pessoas e dos governos em um contexto dinâmico (Yalmanov, 2020, p. 562).

Neste contexto, a

[...] política pública resulta da combinação de decisões fundamentais, de compromissos e de ações produzidas nas interações entre aqueles que exigem mudanças, aqueles que tomam decisões e aqueles que são afetados pela política em questão. É um processo dinâmico complexo que envolve uma série de ações e inações de variados grupos com interesses diversos em diferentes estágios. Esta interação de entes públicos constitui a estrutura do sistema político dentro do qual os atores políticos influenciam o processo político (Yalmanov, 2020, p. 562-563) (grifos nossos).

Uma **política pública adotada se materializa num documento escrito e resulta de negociação entre diferentes grupos de interesse** (Pettersen; Holst, 1992, p. 74). A decisão tomada acerca da política deve se fazer acompanhar pelos recursos financeiros. **O montante alocado na política evidencia o compromisso do governo com certas áreas e os recursos destinados mostram as reais prioridades do tomador de decisões** (Milio, 2001, p. 622).

O processo de decisão política do ponto de vista político, social e econômico estabelece o conteúdo da política pública. O entendimento da natureza dessas atividades em qualquer jurisdição, que pode ser estudada em seus aspectos formais e informais, apoia esforços para fortalecer as políticas públicas. A decisão política é conduzida por organizações e grupos que têm interesse no resultado (Milio, 2001, p. 622).

Políticas públicas podem derivar de qualquer esfera de governo. Alguns níveis podem ter precedência formal ou legal sobre outros. Para se apropriar sobre a Organização

do Estado, consulte o Título III, Capítulo I da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB, 1988), que institui os **três níveis da organização político-administrativa: federal, estadual, distrital e municipal. E no capítulo II, artigo 23, inciso II estabelece a “competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”**. As políticas públicas podem ser formuladas pelo Executivo, pelo Legislativo e pelas agências reguladoras.

O “ciclo de políticas públicas” proposto por Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 15) abrange cinco fases:

- (i) montagem da agenda, correspondente ao reconhecimento do problema;
- (ii) formulação da política, designa a etapa de estabelecimento de propostas de solução;
- (iii) tomada da decisão política, consiste na escolha da solução;
- (iv) implementação da política, materializada na efetivação da solução;
- (v) avaliação da política, por meio do monitoramento dos resultados.

Segundo Rua (2009, p. 95), a implementação de uma política se refere ao “conjunto de decisões e ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores sobre uma determinada política”. São ações desenvolvidas para fazer uma política “sair do papel” e funcionar efetivamente.

Conceito de Saúde

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (Brasil, 1988), em seu artigo 196, reconhece a saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido **mediante a formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação**” (grifos nossos).

Ao associar a garantia da saúde à “formulação de políticas sociais e econômicas”, a CRFB (Brasil, 1988) estabelece a importância da atuação de outros setores com incidência sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), explicitados no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) e na Lei 8.080 (Brasil, 1990). De fato, a ação sobre esses DSS ocorre nos territórios de saúde, extrapolando um tipo de atuação dos profissionais de saúde restrita às quatro paredes das Unidades de Saúde. E, por consequência, impulsiona esses profissionais a olharem para fora das Unidades de Saúde e a articularem parcerias intersetoriais com equipamentos públicos.

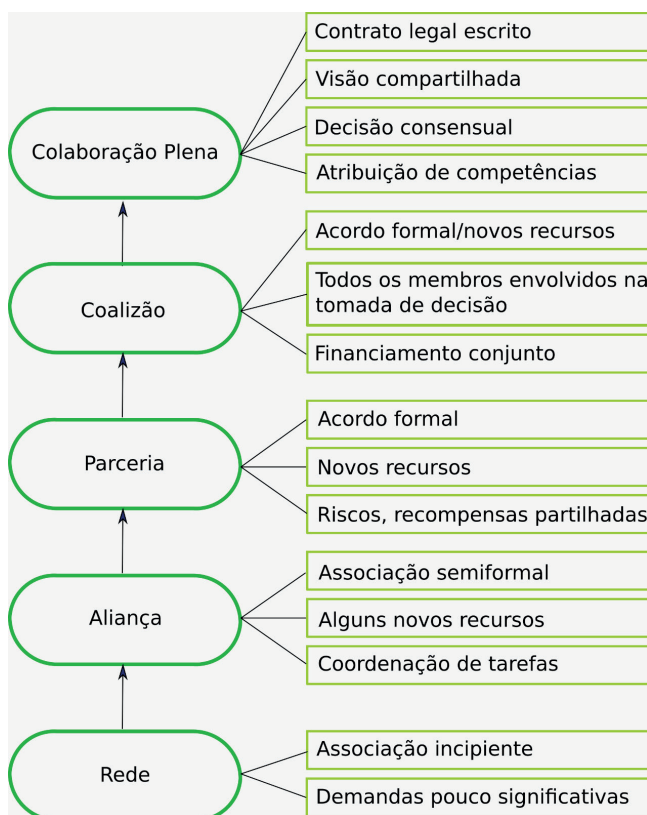
Ainda que, muitas vezes, sejam mencionadas parcerias ou coligações, é importante lembrar que não existe um modelo único do modo como as organizações trabalham juntas. Por um lado, o relacionamento entre organizações pode ser apenas um compartilhamento de informações e reuniões regulares para discutir problemas comuns. Por outro lado, a ação

intersectorial pode ser altamente estruturada com funções, responsabilidades e resultados pré-estabelecidos (Nutbean; Harris; Wise, 2010, p. 54).

Os estágios dessa iniciativa podem evoluir, gradativamente, desde a articulação mais frágil de formação de redes para a construção de alianças, articulação de parcerias, para o estabelecimento de coalizões, até alcançar as colaborações altamente estruturadas. O último estágio, muitas vezes, reflete um maior acordo entre organizações para trabalharem juntas em determinadas áreas e o aporte de maior investimento em recursos organizacionais (Nutbean; Harris; Wise, 2010, p. 54).

O estágio denominado por Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55) como “parcerias intersectoriais” se caracteriza por conter um acordo formal, por utilizar novos recursos e por compartilhar riscos e recompensas. Com base nesse conceito, os estudantes localizam, no território da Região Administrativa, os equipamentos públicos com os quais articulam uma parceria intersectorial tendo em vista a elaboração do Projeto simulado de Gestor de Atenção Primária em Saúde. Entende-se que esse tipo de simulação os motiva a sair de dentro das Unidades de Saúde e a voltar-se para o território sob sua responsabilidade.

Figura 1. Estágios do trabalho intersectorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55).

No Brasil, a CRFB (1988) estabelece as bases para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização foi estabelecida na Lei 8.080, (Brasil, 1990); na Lei 8.142 (Brasil, 1990); no Decreto 7.508 (Brasil, 2011); na Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), dentre outros instrumentos normativos.

Conceito de Política de Saúde

A formulação da política de saúde envolve a regulamentação, o financiamento e a provisão de uma ampla gama de serviços médicos e não médicos para prevenir e curar doenças. Esse complexo conjunto de atribuições demanda a atuação sobre os campos multifacetados da política pública. Os motivos que tornam a formulação de políticas desafiadora estão descritos a seguir: fortes interesses e autonomias profissionais; tratamentos caros; além da igualdade de acesso e as preocupações com a qualidade e os custos crescentes (Trein, 2019, p. 323).

No Brasil, a história da formulação de políticas de saúde é longa e muitos autores têm se dedicado a analisá-la (Oliveira; Teixeira, 1985; Fleury; Bahia; Amarante, 2008). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essas políticas se desenvolvem no contexto do federalismo descentralizado e da formulação consensual de políticas e de seu financiamento.

No caso das políticas de saúde, o processo de formulação e publicação ocorre no Ministério da Saúde com efeito sobre as esferas estaduais e municipais. As políticas públicas adotadas são resultado de influências sofridas pelo gestor e podem ter origem na sua visão de mundo ou na sua formação acadêmica. Para Pettersen e Holst (1992, p. 74), **o papel das autoridades em saúde é dirigir sua atenção para os principais problemas do país ou da comunidade onde atuam, priorizando intervenções eficazes, baseadas em evidência científica, e em consonância com as necessidades normativas e sentidas a um preço que o país possa pagar.**

De acordo com Vargas (2002, p. 42), há pelo menos duas distinções entre a legislação em saúde e as portarias normativas da saúde como instrumentos no contexto das políticas. **O primeiro aspecto se configura no quantitativo de atores envolvidos no processo de negociação de cada um desses instrumentos, o que inclui a sua tramitação, aprovação e revisão dessas diretrizes. O segundo aspecto se relaciona à influência desses dois tipos de instrumento político.**

Antes de um tema ser debatido no âmbito do legislativo, ele é objeto de extensa análise pela sociedade civil organizada ou sujeito à pressão exercida por grupos específicos. **A formulação e a aprovação da lei são permeadas por um amplo conjunto de negociações e por diferentes interesses envolvidos no debate** (Vargas, 2002, p. 42). Sua aprovação requer sustentação política, como ocorreu, por exemplo, com as Leis nº 8.080 e nº 8.142 (Brasil, 1990).

A elaboração das leis segue o rito legislativo constitucional, enquanto portarias são atos administrativos que disciplinam o funcionamento da Administração Pública e a conduta funcional dos agentes públicos. Em termos de hierarquia de normas jurídicas, as leis, que podem ser constitucionais ou infraconstitucionais, estão em patamar superior às portarias, que são normas infralegais. Portanto, portarias não podem contrariar leis, sob pena de invalidade.

Em geral, as leis abordam questões mais amplas da política de saúde e constroem uma estrutura de apoio por meio de seus princípios e diretrizes (Wargas, 2002, p. 43). Sua aprovação enfrenta um **processo mais demorado de negociação, constituído por pactuações entre os grupos implicados**. Dentre esses grupos, encontram-se aqueles ligados diretamente ao setor de saúde e outros que operam fora dele. Sua tramitação se dá mediante a **participação de um quantitativo maior de atores envolvidos** (Wargas, 2002, p. 43).

No caso das **portarias executivas, sua elaboração e aprovação envolve menor número de atores inerentes ao setor de saúde e, conseqüentemente, os conflitos se restringem ao nível setorial** (Wargas, 2002, p. 43). **As portarias subsidiam ou criam as condições para a implementação da política de saúde, como é o caso da Portaria de Consolidação nº 2, cujo Anexo XXII consubstancia a Política Nacional de Atenção Básica e permite a atuação do Sanitarista nas diferentes esferas de gestão: federal, estadual e municipal**. Atualmente, um conjunto de Portarias regulamenta a Atenção Primária em Saúde: a Portaria de Consolidação nº 2 (2017); a Portaria de Consolidação nº 1 (2021); a Portaria 2.929 (2019); a Portaria 2.539 (2019); a Portaria 397 (2020); Portaria 74 (2023), entre outras.

Essa forma de organização dos sistemas de saúde com base na Atenção Básica se originou da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma Ata, Rússia, em 1978, que caracterizou a Atenção Básica como primeiro ponto da atenção à saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 3) (grifos nossos).

Quase duas décadas depois desse **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Básica (1978)** começou a ser organizada por publicação do Ministério da Saúde e regulamentada por atos administrativos, que estão enumerados a seguir:

Portaria nº 692 (1994), considerando a implantação e a implementação do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, do Ministério da Saúde, cria códigos para o pagamento das atividades executadas pelos **Agentes Comunitários de Saúde**. **REVOGADA**

Portaria GM/MS 1.882 (1997), estabelece o Piso da Atenção Básica, composto de uma parte fixa e outra parte variável, esta última se destina aos incentivos direcionados às ações básicas dos **Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família**. **REVOGADA**

Portaria GM/MS 1.886 (1997), aprova as Normas e Diretrizes do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**, cujo Anexo 1 publica as “Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS”. E o Anexo 2 institui as “Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família - PSF”. **REVOGADA**

Programa Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo de assistência (1997), documento publicado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da **Atenção Básica**, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Portaria GM/MS 3.925 (1998), aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **REVOGADA**

Portaria 399 (2006), divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **REVOGADA**

Portaria 699 (2006), **Pactos pela saúde**, regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **REVOGADA**

Portaria 648 (2006) Política Nacional de Atenção Básica, 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)**. **REVOGADA**

Portaria 2.488 (2011), aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** e o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. **REVOGADA**

Portaria 2.436 (2017), aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **REVOGADA**

No fim de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2 no Capítulo II, que trata sobre as “Políticas de Organização da Atenção à Saúde” institui a “**Política Nacional da Atenção Básica**” (PNAB, 2017) na forma do Anexo XXII. Em seu Artigo 1º, “**aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, **estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS)**”.

Em seu artigo 2º, a PNAB estabelece que a Atenção Básica (AB) é o

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O parágrafo 1º do artigo 2º institui que a “**Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede**”. O reconhecimento da **AB** como a “**principal porta de entrada das RAS**”, corresponde ao “**processo continuado de cuidados em saúde**” registrado na “Declaração dos Cuidados Primários em Saúde” (OMS, 1978).

As RAS foram regulamentadas pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3 (2017). E, segundo Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde correspondem a

[...] **organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS** – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (grifos nossos).

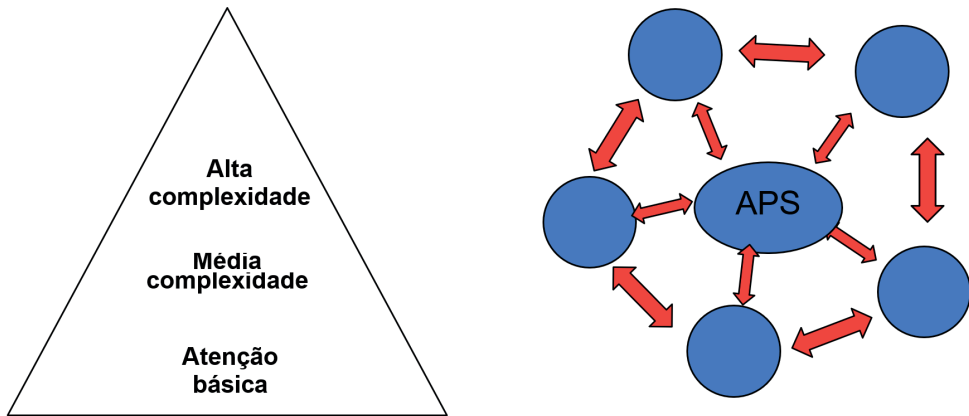


Figura 2. Rede de Atenção em Saúde

Fonte: Mendes (2010, p. 84).

Conceito de Política Pública Saudável

Segundo Milio (2001, p. 622), uma **política pública é considerada saudável quando melhora as condições de vida das pessoas mediante a segurança, o ambiente, a moradia, a educação, a nutrição, a troca de informação, os cuidados com crianças, o transporte, os sociais e de saúde necessários**. A principal característica das políticas públicas saudáveis

[...] é o interesse e preocupação explícitos em todas as áreas de políticas públicas em relação à saúde, à equidade e aos compromissos com o impacto destas políticas sobre a saúde da população. Seu propósito principal é a **criação de ambientes favoráveis, de modo que as pessoas possam viver de forma saudável** (Brasil, 2002, p. 35) (grifos nossos).

Nessa perspectiva, a inclusão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) ao conceito alargado de saúde, incorporados pela Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), tem implicação direta na atuação do Gestor/Sanitarista, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais para fazer frente a esses DSS com influência sobre a saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Para Feuerwerker e Costa (2000, p. 2), a

[...] **intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população** (grifos nossos).

Com base neste conceito, entende-se que a ação intersetorial contribui para

mobilizar sujeitos, articular setores e conhecimentos, tendo em vista a interação entre políticas públicas. E, por consequência, torna-se uma ferramenta de gestão e de atuação ampla, com foco nos DSS existentes no território.

De acordo com Milio (1998, p. 59), a legislação, a alocação de recursos para gerar emprego, educação, agricultura e moradia, entre outros setores, podem promover equidade em saúde mais do que tradicionais serviços de saúde isoladamente. Para essa autora, tal nível de atividade política se encontra ainda em estágio embrionário, mas políticas públicas eficazes em melhorar a saúde dependem de compromisso político.

Com base na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), a Reforma Sanitária Brasileira constituiu uma proposta abrangente de mudança social e um processo de alteração no acesso aos serviços de saúde. Inspirada na CNS (1986), a Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) inclui cinco artigos que versam sobre a saúde, cuja regulamentação está registrada nas Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990). Na Lei 8.080 (Brasil, 1990), há o reconhecimento de que **“a saúde é um direito fundamental do ser humano”**. E, em seu artigo 3º, estão listados os fatores determinantes que vão além da atuação estrita do setor saúde, e estabelecidas as bases para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um conjunto de pesquisadores elaborou recomendações para fortalecer a APS no Brasil: favorecer a participação das pessoas e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não presenciais; incentivar o papel mediador da APS frente às ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social; promover a saúde e reduzir as iniquidades (Tasca; Massuda; Carvalho; Buchweitz; Harzheim, 2020, p. 5).

O plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030 focaliza quatro linhas estratégicas, que se reforçam mutuamente:

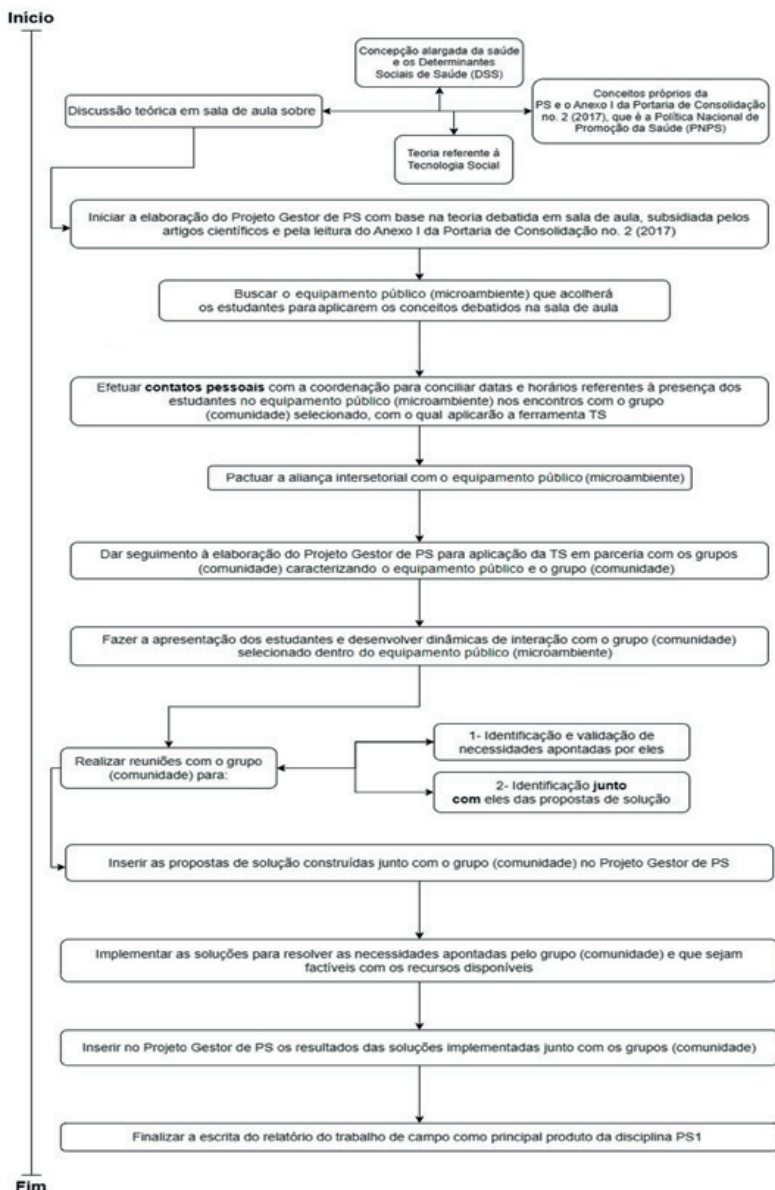
- a) Fortalecer os principais ambientes de saúde;
- b) Habilitar a participação da comunidade, o ‘empoderamento’ e o envolvimento da sociedade civil;
- c) Melhorar a governança, o trabalho intersetorial para aprimorar saúde e o bem-estar e abordar os determinantes sociais da saúde;
- d) Fortalecer os sistemas e serviços de saúde, mediante incorporação de um enfoque de promoção da saúde (OPAS, 2019, p. 11) (grifos nossos).

Projeto pedagógico como método ativo de aprendizagem

Atenta à qualidade da formação e aos métodos ativos de ensino-aprendizagem de profissionais sanitários, a disciplina de Atenção Primária em Saúde tem utilizado algumas estratégias pedagógicas problematizadoras, como o Projeto Gestor da APS. Ao longo de

um semestre letivo, os grupos de estudantes elaboram um Projeto simulado para atuarem como Gestores de APS com vistas à implementação da Atenção Primária à Saúde numa Região Administrativa (RA) do Distrito Federal.

Figura 3. Fluxograma do percurso dos estudantes para a elaboração do Projeto de Gestor de APS



Fonte: elaborado pelas autoras.

A disciplina APS apresenta a base teórica relativa à Atenção Primária em Saúde

(APS) como ponto de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ao longo do semestre, essa disciplina focaliza os instrumentos normativos estruturantes para subsidiar a implementação simulada da APS por meio do Projeto Gestor de APS, fundamentado na Política Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (PAPS-DF, 2017) e no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A parceria da disciplina APS com os serviços de saúde do Distrito Federal (DF) possibilita a entrada dos estudantes nas Unidades de Saúde (US). Ali, eles colaboram em ações regulares desse nível de atenção. O cadastramento dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma delas. E, na sequência, os estudantes inserem os dados coletados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

O olhar sobre o território de saúde adotado pelos Gestores/Sanitaristas, por meio da elaboração de um Projeto de implementação de APS de forma simulada, constitui o principal produto da disciplina APS. Os administradores das Regiões Administrativas do DF são importantes interlocutores para pactuar as parcerias intersetoriais com vistas ao atendimento das especificidades do território e seu contexto cultural, social e econômico.

Sob o ângulo de visão de Santos (2011, p. 50), o **“território é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida”** (grifos nossos). Mais do que um espaço físico com determinadas características, é preciso conceber **o território como**

[...] espaço vivido, da pulsação da vida da cidade e por isso com potencial de alterar as condições de vida da população. Dessa forma, organiza as provisões onde a população se encontra, garantindo o acesso e buscando superar a fragmentação dos serviços e das intervenções (Degenszajn; Couto; Berenice; Yazbek, 2012, p. 453) (grifos nossos).

No Projeto Gestor de APS, **as parcerias intersetoriais possibilitam a atuação simulada sobre problemas concretos identificados no território de saúde.** Para além dos limites representados pelas paredes da Unidade de Saúde, o olhar do Gestor/Sanitarista se volta para explorar o território e os equipamentos públicos como meio de responder às questões mais amplas existentes no território. Isso permite a implementação de políticas alicerçadas no contexto local, como o saneamento; o fornecimento de água; a violência; os focos de resíduos sólidos a céu aberto; e os alagamentos por falta de destino para as águas pluviais.

Os estudantes utilizam a tecnologia das câmeras dos smartphones para identificar demandas no território. O Fotovoz é um meio acessível de abordar a própria realidade, por meio da construção de habilidades práticas, em relação ao foco nas características construídas (físicas) do ambiente comunitário, incluindo também as

perspectivas sociais do lugar. Imagens produzidas, juntamente com as questões discutidas e emolduradas pelas pessoas, podem estimular a ação social, convidando-as a se tornarem defensoras do bem-estar de sua própria comunidade (Nykiforuk; Vallianatos; Nieuwendyk, 2011, p. 106).

Fotovoz é um método de pesquisa visual que coloca câmeras nas mãos dos participantes para ajudá-los a documentar, a refletir e a comunicar questões de interesse da comunidade, ao tempo em que estimula a mudança social (Wang; Burris, 1997, p. 369; Wang; Yi; Tao; Carovano, 1998, p. 75). Tendo em vista promover a mudança social, o Fotovoz pode aumentar o envolvimento da comunidade, aumentar a percepção sobre os recursos da comunidade e promover ampliação na eficácia de ação dos jovens quanto às habilidades sociopolíticas e ao comportamento participativo (Madrigal *et al.*, 2018, p. 325).

Os objetivos do Fotovoz foram estabelecidos por Wang e Burris (1997, p. p. 370): permitir que as pessoas registrem e reflitam os pontos fortes e as preocupações de sua comunidade; promover os diálogos críticos e o conhecimento sobre questões importantes por meio de discussões em pequenos grupos com base em fotografias; e para alcançar os formuladores de políticas.

Por meio do **Fotovoz, os estudantes identificam demandas existentes no território que dependem de outros setores. Em semestres anteriores, eles articularam parcerias intersetoriais**, que podem incluir a Superintendência da Região Administrativa onde irão implementar a APS; o Serviço de Limpeza Urbana; a Companhia de Saneamento Ambiental; a Agência Reguladora de Águas, Energia e Saneamento Básico do Distrito Federal; a Polícia Militar e Civil; o Centro de Referência de Assistência vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social; o Sistema S, representado pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) e o Serviço Social da Indústria (Sesi).

Assim fazendo, os estudantes contribuem para a **operacionalização do princípio da integralidade (artigo 3º, inciso I, alínea c) e da diretriz da territorialização (artigo 3º, inciso II, alínea b)**, constantes no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017). O art. 3º dessa Portaria determina que os princípios e diretrizes do SUS e das RAS sejam operacionalizados na Atenção Básica. A articulação da parceria intersetorial, associada ao conceito ampliado de saúde e à incorporação da dimensão territorial, produz impacto sinérgico na saúde da comunidade.

No parágrafo único do artigo 1º, “a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, 2017).

O art. 2º do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017) institui que a

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (grifos nossos).

Cabe acrescentar que este Anexo XXII

[...] aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (artigo 1º Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017).

E, no parágrafo 1º do artigo 2º, reconhece na Atenção Básica “a principal porta de entrada e centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”.

A Lei 8.080 (Brasil, 1990) estabelece as bases para o SUS e constitui uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde determinadas na CRFB (Brasil, 1988). Todas as políticas de saúde em vigor no Brasil são regidas pela Lei Orgânica da Saúde formada pelo conjunto das Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990). **O SUS constitui um sistema, isto é, um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público”** (artigo 4º da Lei 8.080 de 1990). **Esses entes federativos interagem para promover, proteger e recuperar a saúde e têm como fatores determinantes (artigo 3º da Lei 8.080 de 1990): “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”** (grifos nossos).

Figura 4. Linha do tempo da Atenção Primária em Saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

Para acessar os conceitos próprios da APS, o livro de Barbara Starfield está disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

Outra sugestão é o livro de Giovanella e Mendonça, *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?*, disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo apresentou alguns conceitos essenciais para a compreensão do processo de formulação e implementação da política de Atenção Primária à Saúde. Destacou-se a importância da dinâmica desses conceitos e da vivência pedagógica para compreensão da complexidade envolvida no mundo do trabalho representado pelo SUS. A prática pedagógica foi centrada no desenvolvimento do Projeto Gestor da APS com atividades definidas por estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva em contato com equipes de saúde e população dos territórios mapeados na Atenção Primária à Saúde.

ANEXO I

Documentos úteis para a compreensão da Atenção Primária à Saúde como está organizada atualmente:

Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978. Expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Realizada em 1986, ela foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas da 8ª CNS foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento setorial.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Lei nº 8.080 de 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.

Lei nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Decreto nº 7.508 de 2012. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Lei Complementar nº 141 de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.

Portaria nº 77 de 2017 da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXII e Anexo I do Anexo XXII, 2017.

Portaria de Consolidação nº 1 de 2021. Consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde.

Portaria nº 114 de 2022 da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

Regulamenta o cumprimento da jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais dos servidores da Carreira Socioeducativa, lotados nas unidades orgânicas da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

Leis e atos administrativos que regulamentaram a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil até 28 de setembro de 2017.

Portaria GM/MS 3.925 de 1998 - Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **REVOGADA**

Portaria 699 de 2006 - Pactos pela saúde - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **REVOGADA**

Portaria nº 648 de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica. 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). **REVOGADA**

Portaria nº 2.488 de 2011 - Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **REVOGADA**

Portaria nº 2.436 de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **REVOGADA**

REFERÊNCIAS

ANDERSON, James. **Public Policy making: An Introduction.** 2nd ed. Geneva, IL: Houghton Mifflin, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

BRASIL. **Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011.** Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/68849/Lei_4604_15_07_2011.html.

BRASIL. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692, de 25 de março de 1994**. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5 1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Operacionalização da PNAB que é o Anexo I do Anexo XXII**. disponível Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 2, de 14 de outubro de 2022**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. PARECER HOMOLOGADO Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, Pág. 89.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social em Debate: Direito ou Assistencialização? *In: O Trabalho do Assistente social no SUAS: seminário nacional/Conselho Federal de Serviço Social – Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta*. Brasília: CFESS, 2011.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: OMS; Unicef. **Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**; 1978 Set. 6-12; Alma-Ata (URSS). [Acesso em 1 maio 2006]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

DEGENSZAJN, Raichelis; COUTO, Berenice R; YAZBEK, Maria Carmelita. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: apresentando a pesquisa, problematizando a política social. **Revista de Políticas Públicas** [en linea]. 2012, 16, 453-460. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321131651049>

FEUERWERKER, Laura M.; COSTA, Heloniza. Intersectorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia; Amarante, Paulo. (org.). **Fundamentos da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes – Reimpressão, 232 p.

GIOVANELLA, L; **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAUDE.pdf>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF 002, de 07 de março de 1995. **Diretrizes para constituição/instalação dos conselhos gestores das unidades de saúde**. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Resolucao_002-95_constituicao_dos_conselhos_gestores.pdf.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ – DF. **Resolução CSDF nº 390, de 22 de maio de 2012**. Cria os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Disponível em http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/71745/Resolu_o_390_22_05_2012.html.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Políticas Públicas: seus ciclos e subsistemas - uma abordagem integral**. Trad. Francisco Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ISRAEL, B. A; COOMBE, Chris M.; CHEEZUM, Rebecca R.; SCHULZ, Amy J.; MCGRANAGHAN, Robert J.; LICHTENSTEIN, Richard; REYS, Angela G.; BURRIS, Kosua A. Community-based participatory research: a capacity- building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. **Am. J. Public Health**. 2010; 100:2094–102.

LABRA, M. E. **Notas sobre Análise de Políticas Públicas, Modos de Policy Making e Intermediação de Interesses**. Rio de Janeiro: DASP/ ENSP, 1997. 26 p.

MADRIGAL Daniel S.; SALVATORE, Alicia; CASILLAS, Gardenia; CASILLAS, Crystal; VERA, Irene; ESKENAZI, Brenda; MINKLER, Meredith. Health in My Community: Conducting and Evaluating PhotoVoice as a Tool to Promote Environmental Health and Leadership Among Latino/a Youth Progress in Community Health Partnerships: **Research, Education, and Action**, Volume 8, Issue 3, Fall 2014, pp. 317-329. DOI: <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0034> Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt7z302448/qt7z302448.pdf?t=qb1xai>

MEIRELLES, Hely L. **Direito Administrativo Brasileiro – 25ª Ed.** São Paulo: Malheiros, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

MILIO, Nancy. Glossary: healthy public policy. **J Epidemiology Health**. V. 55:622-623, 2001.

MILIO, Nancy. Public policy as the cornerstone for a new public health: local and global beginnings. **Fam Community Health**, 1988;11(2):57-71.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Saúde Coletiva**. Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, Pág. 89.

NUTBEAN, Don; HARRIS, Elizabeth; WISE, Marilyn. **Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories**. 3th edition. McGraw-Hill Australia Pty. Ltd, 2010.

NYKFORUC, Candice I. J.; VALLIANATOS, Helen; NIEUWENDYK, Laura M. Photovoice as a Method for Revealing Community Perceptions of the Built and Social Environment. **Int J Qual Methods** 2011;10:103-24.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury Teixeira. **(Im)previdência social 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes; Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PAIM, Jairnilson S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª Ed. Medsi: Rio de Janeiro, 1999.

PETTERSEN, Poul E; HOLST, Dorthe. Policy and research in oral health care. **Scand J Dent Research**, 1992; 100:74-6.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas** / Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 130p. Disponível em <https://acervo.cead.ufv.br/conteudo/pdf/Apostila%20-%20Pol%C3%ADticas%20Públicas%20Maria%20das%20Graças%20Rua%202009.pdf?dl=0>

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. In: Milton Santos [et al.] (Orgs.) **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SMITH, Kevin B.; LARIMER, Christopher. W. **The Public Policy Theory Primer**. 2009 by Westview Press Published by Westview.Press, A Member of the Perseus Books Group. Central Avenue, Boulder, CO.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, no 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

TASCA, R.; MASSUDA, A; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 44. 2020.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. *In*: PARKER, Roberto (org.). **Política, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed: ABIA, 1997.

TREIN, Philipp. Health Policy. *In*: **Swiss Public Administration Making the State Work Successfully**. Andreas Ladner; Nils Soguel Yves Emery; Sophie Weerts Stéphane Nahrath. Palgrave Macmillan. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-92381-9_19

TROSTLE, James; BRONFMAN, Mario; LANGER, Ana. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. **Health Policy and Planning**; 1999, 14(2); 103-114.

WANG, C. C.; BURRIS, M. A. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Educ & Behav**. 1997; 24:369–87.

WANG, C. C., YI, W. K.; TAO, Z. W.; CAROVANO, K. Photovoice as a participatory health promotion strategy. **Health Promotion International**. 1998; Vol. 13, No. 1.

WARGAS, Tatiana. Políticas Públicas e Saúde p. 43. *In*: LUCCHESI, Patrícia T. R. (coordenadora). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. FIOCRUZ. Comitê Consultivo BVS Saúde Pública Brasil: Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – / ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / BIREME / OPAS / OMS. São Paulo, 2002.

YALMANOV, Nikita. (2020). “Public Policy and Policy-Making”. *In*: **Culture, Personality, society in the conditions of Digitalization: methodology and Experience of Empirical Research Conference Social Sciences**. KnE Social Sciences, pages 558-564. DOI 10.18502/kss.v5i2.8400.

57º CONSELHO DIRETOR. **71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**. Washington, D.C., EUA, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2019. Estratégia e Plano de Ação para a Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55951/OPASFPLIM220006_por.pdf