****

**A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BASICA A SAUDE NO SUS**

Daniela Cristina de Souza[[1]](#footnote-2)

Pablo Luiz Martins[[2]](#footnote-3)

**Resumo:** Em linhas gerais, o Sistema Único de Saúde, SUS, é composto por uma Rede de Atenção à Saúde, RAS, organizada de forma poliárquica, em que a Atenção Básica, AB, é considerada “porta de entrada” no Sistema de Atenção à Saúde, SAS, uma vez que deve coordenar e ordenar a RAS. Assim, esse trabalho tem por objetivo elencar as ferramentas da administração pública gerencial presentes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB capazes de potencializar a AB no âmbito do SUS. Realizado através de revisão bibliográfica, o presente estudo apontou a importância da melhoria da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, re-organização dos processos de trabalho, informatização dos prontuários e fomento à contratualização com as Equipes de Atenção Básica, EAB, para o fortalecimento da AB. Para tal, a busca pela eficiência, aumento do acesso aos serviços de AB, implantação de processos avaliativos é ponto chave para a efetivação da coordenação e ordenação do cuidado pela AB, com foco nas necessidades dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, PMAQ-AB, Cordenação e ordenação do cuidado, administração pública gerencial.

**Introdução**

A administração pública compreende o conjunto de instituições, recursos humanos e ações e serviços disponíveis aos cidadãos com o objetivo de realizar a gestão da máquina pública e implementação normativas com o intuito de garantir o bem estar social de uma determinada sociedade.

No campo da administração pública brasileira, a Reforma do Aparelho do Estado, iniciada em 1995, possibilitou a implantação da administração pública gerencial, com foco nos resultados, busca contínua pela melhoria, redução dos custos com a máquina pública e processos transparentes, através da introdução de técnicas gerenciais modernas, oriundas da iniciativa privada.

Em linhas gerais, no âmbito da saúde pública brasileira, mais precisamente na década de 80 do século passado, o advento do Sistema Único de Saúde, SUS, deu-se após a mobilização dos diversos seguimentos da sociedade civil, destacando usuários, movimentos sindicais e sociais, políticos, e profissionais de saúde (JÚNIOR, 2014a).

A partir de então, a concepção do SUS trouxe em seu bojo existencial a garantia da assistência à saúde de forma gratuita e universal, em conformidade ao preconizado pelos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O Sistema de Saúde brasileiro, organizado através de uma Rede poliárquica de Atenção à Saúde apresenta a atenção básica como o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2011). Mendes (2015) destaca que a atenção básica é o ponto de atenção à saúde que pode ser capaz de resolver a maioria dos agravos dos indivíduos, com custos viáveis, através de ações de promoção da saúde, prevenção de danos e agravos, recuperação da saúde.

A partir de 2011, o Ministério da Saúde inicia um processo de valorização da Atenção Básica no âmbito do SUS, com a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, PMAQ-AB, por meio do qual os gestores e os profissionais das equipes de atenção básica são incentivados a implantar processos de trabalho para atendimento às necessidades da população assistida pela Atenção Básica, realizar melhorias nas estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde, além de realizar escuta e acolhimento qualificado dos usuários do SUS.

Esse estudo tem por objetivo principal elencar quais as ferramentas da administração pública gerencial que estão disponíveis para os gestores em saúde no âmbito do SUS. Tem como objetivos específicos traçar um breve histórico das Redes de Atenção à Saúde no SUS, apresentar a importância da Atenção Básica na Rede de Atenção à saúde, dificuldade de reconhecimento da AB como ordenadora e coordenadora do cuidado no SUS e conceituar as ferramentas da administração pública gerencial utilizadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ que podem ser aplicadas na saúde pública brasileira.

O presente estudo sistematizou-se em uma revisão de literatura, trazendo em seu escopo dissertativo a análise crítica e reflexiva textual como instrumento metodológico. De acordo com Santos (2012), os estudos assim estruturados, visam a demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto, além de proporcionarem uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores - enfim, trata-se de um método que comprova a relevância acadêmica do trabalho realizado por um pesquisador, sendo amplamente indicado e empregado para trabalhos de conclusão de curso.

# A Rede de Atenção a Saúde no Sistema Unico de Saude - SUS

O Sistema Único de Saúde, SUS, prevê o estabelecimento de ações e serviços de saúde, mediante a elaboração e execução de políticas públicas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). É formado por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde voltados para a manutenção da saúde da população brasileira em que as pessoas, a família, as empresas e a sociedade, também apresentam papel importante na constituição do SUS e sua aplicação prática.

Mendes (2010) considera que as Redes de Atenção à Saúde, RAS, são organizações poliárquicas dos serviços de saúde, que vinculados de forma integrada possuem objetivos comuns, buscando a integralidade da assistência e que, de forma interdependente, são capazes de oferecer atendimento integral e contínuo a uma determinada população.

O aumento da expectativa de vida da população, a redução da mortalidade por doenças contagiosas e a mudança no estilo de vida dos cidadãos propiciou uma alteração nos perfis de morbimortalidade do brasileiro: aumento das condições crônicas, em especial as doenças cardiovasculares e câncer, persistência de índices elevados de mortalidade materna e infantil por condições agudas, e o aumento da morbimortalidade relativas às causas externas, em especial às violências no trânsito. A essa alteração, Mendes (2009) atribuiu a chamada “tripla carga de doenças”, conforme se verifica no quadro 01.

**Quadro 01** – Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grupos de doenças | Taxa por mil habitantes | % |
| Infecciosas, parasitárias e desnutrição | 34 | 14,7 |
| Causas externas | 19 | 10,2 |
| Condições maternas e perinatais | 21 | 8,8 |
| Doenças Crônicas | 124 | 66,3 |
| Total | 232 | 100,0 |

Fonte: Schramm*et al* (2004) apud Brasil (2015)

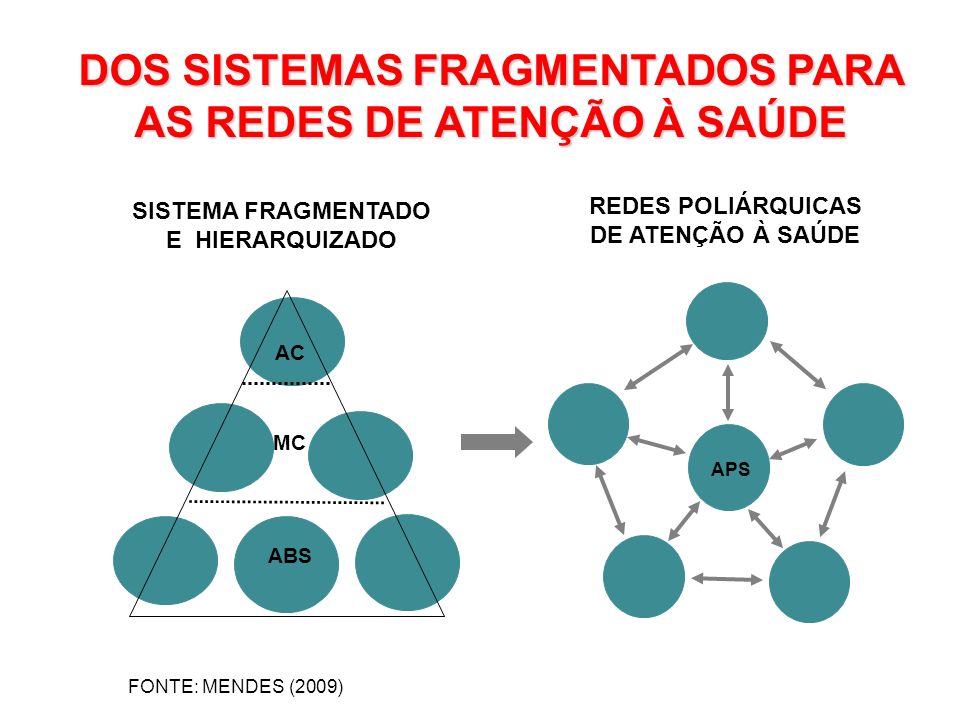
Fica evidente que o SUS ainda é um sistema fragmentado, em processo de transição, em que as práticas e os serviços voltados para a atenção às condições agudas, se contrapõem à atual necessidade de saúde da população brasileira com o predomínio das condições crônicas (BRASIL, 2015). A centralização das ações, a baixa capacidade gestora, a não cooperação e a falta de vinculação dos processos de planejamento e gestão também colaboram para tal fragmentação (JÚNIOR, 2014).

Apenas na década de 1990, em especial no ano de 1994, pode-se verificar o aumento progressivo na oferta de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com a introdução do Programa de Saúde da Família como forma de ampliação da atenção básica. (JÚNIOR, 2014)

# Uma Proposta de Rede de Atençao a Saude para o SUS

Em 2010, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e fortalecer a organização das ações e serviços nas regiões de saúde, após discussão com as câmaras temáticas do SUS, na esfera tripartite (BRASIL, 2010). Outro ponto importante é a proposta de preencher lacunas assistenciais ao se considerar as desigualdades no território nacional, e propor uma integração sistêmica das ações e serviços com provisão de atenção contínua e integral.

Mendes (2009) considera que a atenção à saúde baseada nas necessidades da população é a capacidade que um sistema de saúde tem para estabelecer ações e serviços, com custo efetivo. Dessa forma, apresenta uma nova forma de visualizar a rede de atenção à saúde saindo da organização hierarquizada, verticalizada e estática para uma rede poliárquica na tentativa da superação da fragmentação do sistema de saúde, conforme é possível avaliar na figura 01

**Figura 01:** Dos Sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde

Fonte: Mendes, 2009

Com a figura 01 pode-se verificar que um sistema hierarquizado não permite a comunicação entre os pontos de atenção de forma eficaz, tampouco tem a capacidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. As redes poliárquicas têm por objetivo propiciar o acesso do usuário no sistema de saúde, através da porta de entrada preferencial no sistema, a Atenção Básica.

A construção de uma RAS, no âmbito da administração pública brasileira, prevê, também, a participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde, garantindo a construção coletiva e o Controle Social.

Nesse contexto, os instrumentos de planejamento do SUS remetem aos instrumentos de planejamento no âmbito da administração pública brasileira considerando a instância a qual se refere. Assim, pode-se exemplificar o Plano Municipal de Saúde, PMS, que deve ser elaborado no primeiro ano de governo, apresenta as Diretrizes, Objetivos e Metas da administração pública relativos aos programas de ação continuada. O Plano Municipal de Saúde estar compatível com o PPA municipal e necessita de apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (JÚNIOR, 2009).

Acerca do controle social, Júnior (2009) comenta sobre os instrumentos de controle e monitoramento do SUS: relatórios quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão, RAG, os quais devem apresentar a o detalhamento da execução físico-financeira, além de serem apresentados ao Conselho de Saúde, e o RAG, por sua vez, precisa ser aprovado pelo CMS.

Uma rede de atenção à saúde deve ser organizada considerando as necessidades da população. Essa população não se traduz nos sensos demográficos, mas sim na identificação de pessoas, inseridas em núcleos familiares, registradas em subpopulações com riscos e vulnerabilidades sociais e sanitárias (BRASIL, 2015). Nesse contexto, o ponto da rede de atenção à saúde onde é possível identificar de forma mais profunda os núcleos familiares, os riscos e as vulnerabilidades é na Atenção Básica.

Para que as ações e serviços de saúde sejam organizados em prol das necessidades individuais e coletivas, é imprescindível garantir o acesso dos cidadãos aos serviços básicos de saúde. Assim, as Unidades Básicas de Saúde, UBS, seriam os pontos de atenção à saúde mais próximos dos cidadãos. Nesse contexto, cabe citar aqui, a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) n° 01/2002, que reforça a execução de ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade dos municípios:

“Capítulo I, item I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO: subitem 7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.”

A Política Nacional da Atenção Básica, PNAB,expõe a Atenção Básica, AB, como o espaço mais descentralizado de execução das ações da saúde, pois “considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.” (BRASIL, 2017). A PNAB foi formulada com o objetivo de difundir e fortalecer a AB na RAS. Define os princípios e diretrizes que devem ser amplamente aplicados na Atenção Básica no âmbito do SUS:

“Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I – Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II – Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização: b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade”. (BRASIL, 2017)

É o ponto da Rede de Atenção à Saúde responsável pela territorialização, adiscrição dos usuários e vinculação com o sistema de saúde, além de ser responsável pela coordenação e ordenação do cuidado em saúde, uma vez que a Atenção Básica deve ser entendida como “porta de entrada” preferencial no sistema de saúde.

Em 2017, a Política Nacional da Atenção Básica, PNAB, foi reformulada ao considerar as várias possibilidades de ofertar ações de saúde no nível mais capilar de atenção à saúde, não exclusivamente através de Equipes de Saúde da Família. Nessa reformulação, o Ministério da Saúde reconhece outras estratégias de organização da AB nos territórios desde que alinhadas aos princípios e diretrizes da AB no SUS.

Para que a Rede de Atenção à Saúde seja efetiva para o cumprimento de seu papel, é de suma importância que a Atenção Básica seja organizada, preparada, coordenadora e responsável pelo fluxo do usuário na RAS (BRASIL, 2015).

**Ordenação e Coordenação do Cuidado na RAS**

Considerando a atenção básica como porta de entrada preferencial do indivíduo no SAS, ela, AB, deve realizar a ordenação da RAS e coordenação do cuidado, através de ações que garantam a integralidade da assistência, considerando a universalidade do acesso e a equidade na atenção.

Para Sartfield (2002) a terminologia “porta de entrada” significa a forma de ingresso. Nesse contexto, a AB, é o nível de atenção à saúde que está mais próximo dos cidadãos e deve permitir o acesso aos serviços de saúde. O individuo, por muitas vezes, não tem conhecimento suficientemente detalhado sobre suas necessidades de saúde e qual o ponto de atenção da RAS seria o mais adequado para atender suas necessidades, por isso, o conceito “porta”.

Desse modo, ao se oferecer um local mais acessível para que as pessoas possam estabelecer o primeiro contato com a RAS, permite o estabelecimento de relações de confiança, entre indivíduo e profissional de saúde. Por outro lado, na maioria das vezes os problemas de saúde apresentados pelos usuários podem ser vagos e sem uma especificidade, o que requer, além da análise orgânica, uma revisão do contexto sócio-cultural no qual o indivíduo está inserido.

Segundo Chueiri apud Junior e Pinto (2014), a coordenação do cuidado está relacionada a uma organização do cuidado individual e familiar, centrada na pessoa com o objetivo de integrar e dar continuidade às ações de saúde que o indivíduo necessita.

Ordenar a RAS através da Atenção Básica traduz a necessidade de atenção longitudinal do indivíduo. Segundo Giovanella (2011) apud Júnior e Pinto (2014), para se ordenar o fluxo do usuário na RAS, é imprescindível o estabelecimento de fluxos, protocolos e integração com os demais pontos da RAS.

A coordenação e ordenação do cuidado, a partir da AB, propicia aos gestores de saúde a construção da RAS, de acordo com a necessidade de saúde da população sob sua responsabilidade. Um exemplo seria a previsão de serviços para atendimento às gestantes de alto risco: quantidade de profissionais especializados, necessidades de leitos hospitalares para atendimento à parturiente e à criança, exames laboratoriais, etc. Permite, inclusive, realizar a gestão financeira dos serviços de saúde com maior precisão.

A PNAB, revisada em 2017, apresenta uma gama de estratégias para a expansão e consolidação da AB em todo o território nacional. Reforça o papel da Atenção Básica na RAS, como porta de entrada preferencial do SUS, e para tanto é necessário que a AB possua: alta resolutividade, tenha capacidade para a gestão da clínica e do cuidado, seja um espaço para a incorporação de tecnologias leves, leves duras e duras, mantenha articulação com os demais serviços da RAS e seja executada em um ambiente propício com insumos e estrutura necessários ao seu funcionamento.

Assim, o Ministério da Saúde reforça a importância do acolhimento aos indivíduos, com escuta qualificada, atendimento aos programas nacionais: atenção à saúde da mulher e da criança, atenção às condições crônicas (diabetes, hipertensão arterial, doença renal crônica), atenção à saúde do idoso, atenção à saúde do adolescente, atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis, etc. Mendes (2009), coloca que de acordo com estudos baseados em evidência, a AB é capaz de atender até 85% das necessidades de saúde da população. Para que isso seja possível, a AB deve estar organizada e estruturada para o atendimento às condições crônicas e aos eventos agudos.

## O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atençao Básica

Implantado em 2011, por meio da Portaria Ministerial n° 1654, de 19 de julho de 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB,consiste em uma política pública inovadora de indução a melhorias nos processos de trabalho, estrutura física, implantação de sistemas de autoavaliação, e tem como objetivo de ampliar o acesso dos indivíduos ao Sistema Único de Saúde, bem como a melhoria dos serviços prestados aos indivíduos.

Em consonância à reforma gerencial do Estado brasileiro, em meio à globalização e enfoque à incorporação de novas tecnologias, o PMAQ-AB pode ser considerado um programa inovador que busca propiciar melhores condições ao poder público, e efetividade do processo, com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários (KLERING, 2010).

O programa apresenta os desafios atuais enfrentados pela AB no âmbito do SUS, bem como os avanços alcançados na saúde pública brasileira com a implantação da PNAB.Possui quatro etapas cíclicas:1ª etapa: Adesão e contratualização, 2ª etapa: Desenvolvimento de ações, serviços, processos, 3ª etapa: Avaliação externa, 4ª etapa: Recontratualização.

O PMAQ-AB apresenta sete diretrizes básicas as quais serão descritas nas próximas subseções deste capítulo.

**Considerações Finais**

Diante do exposto, é possível perceber a importância da Atenção Básica como coordenadora e ordenadora do cuidado para a consolidação do modelo de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Para tanto, a o fortalecimento da AB precisa ser estimulado, por meio de Políticas estruturantes embasadas pelas ferramentas da administração pública gerencial.

Considerando a tríade apresentada por Donabedian, pode-se inferir que o PMAQ-AB apresenta uma proposta de trabalho aos conceitos elencados pelo autor, voltados para a AB no âmbito do SUS. Os conceitos apresentados difundem-se no modelo de administração pública gerencial, já que, para que possam ser desenvolvidas, precisam de técnicas administrativas pautadas no planejamento, na organização, na direção e no controle.

Para que a AB assuma o papel efetivo de coordenadora e ordenadora do cuidado da RAS no âmbito do SUS é preciso:

**Estrutura física suficiente:** Unidades Básicas de Saúde capazes de atender às demandas da AB com ambiência capaz de promover, inclusive, atendimentos de urgência e/ou emergência; equipamentos, mobiliário e insumos, além de recursos humanos qualificados e que atenda aos requisitos para a composição mínima das EAB.

**Processos:** processos de trabalho eficientes, construídos de forma coletiva, que contemplem as necessidades de saúde dos usuários das EAB no SUS; protocolos clínicos, implantação de sistemas de prontuários eletrônicos, capazes de controlar os usuários do SUS, desde o cadastro domiciliar, o registro dos atendimentos, até a realização da referência e contra-referência, interligados nos diversos pontos da RAS. A informatização dos processos de trabalho é capaz de promover um melhor controle dos usuários portadores de condições crônicas, estratificação do risco, busca ativa dos usuários faltosos em atendimentos individuais e/ou coletivos por parte dos profissionais das EAB.

**Resultados:** o estímulo à contratualização com as EAB, com a responsabilização dos profissionais no âmbito do SUS, com a motivação constante pela construção de padrões de qualidade, que possam ser mensuráveis, através de indicadores (de desempenho e monitoramento). A construção da cultura de negociação entre gestores e profissionais da saúde fomenta a busca de padrões de qualidade das EAB, melhoria da coordenação do cuidado e ordenação da RAS.

N**e**sse contexto, verifica-se que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, PMAQ-AB, é um importante instrumento de gestão da saúde pública capaz de auxiliar os gestores municipais e as EAB no aperfeiçoamento e “re-organizaçao” dos processos de trabalho na atenção básica. O PMAQ-AB pode ser considerado um relevante instrumento inovador, pois propõe que os gestores municipais potencializem o apoio às equipes de atenção básica para a organização dos processos de trabalho, através da introdução de um modelo de gestão voltado para resultados, com a institucionalização da contratualização, monitoramento e avaliação contínua, participação do usuário, com foco na priorização da coordenação do cuidado da atenção básica na Rede de Atenção à Saúde.

Os instrumentos de contratualização com as EAB permite a definição clara das responsabilidades de cada trabalhador, considerando os objetivos da PNAB, e as necessidades de saúde dos usuários da RAS.

Ainda que o PMAQ-ABapresente ferramentas gerenciais capazes de potencializar o fortalecimento da AB, a coordenação e ordenação do cuidado pela AB poderão ser efetivadas quando ela, a AB, for capaz de apresentar valor agregado, tanto para os trabalhadores, quanto para os usuários.

Nesse sentido, a busca pela eficiência, ampliação do acesso aos serviços de AB, melhor controle dos usuários portadores de condições crônicas através da informatização dos sistemas de prontuários, implantação de processos avaliativos e aumento da qualidade dos serviços básicos de saúde poderão potencializar o fortalecimento da AB na construção e consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde capaz de atender as necessidades de saúde dos cidadãos.

**Referências**

BASLER, Ingrid Neumann. **O impacto da Reforma Gerencial da Administração Pública no Sistema Único de Saúde do Brasil**. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2013.

BRASIL(a)**.**Presidência da República**. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil: Subchefia para assuntos jurídicos:Presidência da República, Brasília, 1990.

BRASIL(b). Presidência da República. **Lei n° 8142, de 28 de dezembro 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. Casa Civil: Subchefia para assuntos jurídicos:Presidência da República, Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mais perto de você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 2.488 de 21de outubro de 2017**: aprova da Política Nacional da 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). Brasília, 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al*. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?**In: Revista Ciência e saúde coletiva, vol.17, n.11. Rio de Janeiro Nov. 2012.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DITTERICHI, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (4): 615-627, abr, 2012.

JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães; PINTO, Hêider Aurélio. **Atenção Básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?** Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, N. 51, P.14-29, Out, 2014.

KLERING, Luís Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. **Novos caminhos da administração pública brasileira**. In: Análise – A revista acadêmica da FACE, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 4-17, jan-jun, 2010.

MENDES, Eugênio Villaça. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127 p.

SOSSAI, Thaís Antunes *et al*. **Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. In: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, 18(1): 111-119, jan-mar, 2016.

SOUSA, Otavio Augusto Venturini de. **A reforma gerencial e a sua implementação no sistema único de saúde brasileiro**. In: Revista Digital de Direito Administrativo. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, v. 1, n.1, p. 85-111, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. "**Report of the International Conference on Primary Health Care**, jointlysponsoredbythe World Health Organizationandthe United NationsChildren'sFund, Alma-Ata - URSS, 6 to**12** September**1978"** - Copyright: **1978** The World Health Organization. Tradução: Fundo das Nações Unidas para a infância no Brasil, impresso em Brasília, Brasil, 1979.

1. Graduada em Administração Pública, pela Universidade Federal de São Joao del-Rei - UFSJ. E-mail:dannypuc@hotmail.com [↑](#footnote-ref-2)
2. Doutor em Ciências da Linguagem pela Universidade do Vale do Sapucai – UNIVAS, Professor Pesquisador da Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ. E-mail: pablo@ufsj.edu.br [↑](#footnote-ref-3)