

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA PAULA LOPES DE OLIVEIRA

**A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM BURITIS,
CABECEIRA GRANDE E UNAÍ-MG**

BELO HORIZONTE – MG

2013

ANA PAULA LOPES DE OLIVEIRA

**A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM BURITIS,
CABECEIRA GRANDE E UNAÍ – MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Ms. Kleber Rangel Silva

ANA PAULA LOPES DE OLIVEIRA

**A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM BURITIS,
CABECEIRA GRANDE E UNAÍ – MG**

Banca Examinadora:

Ms. Kleber Rangel Silva

UFMG

Ms. Fernanda Carolina Camargo

UFTM

Aprovado em Belo Horizonte em / / .

Dedico este trabalho:

Dedico a Deus por nos manter vivos, atuantes em nosso trabalho e nos permitir chegar a fim desse curso com saúde, paz e esperança'

Obrigado pela força para continuar...

As nossas famílias e familiares pelo incentivo para avançar em nossos estudos e como profissionais de saúde;

A todos profissionais de saúde que continuam lutando para aperfeiçoar os Sistemas Locais de Saúde

AGRADEÇO

Agradeço a RIDE, ao Ministério da Saúde, pelo interesse em investir na educação permanente dos profissionais de saúde.

A todos os tutores do Curso de Especialização em Saúde da Família.

A todos os colegas deste curso de especialização pela oportunidade de aprendermos e amadurecermos juntos.

Aos Secretários de Saúde de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí pela presteza, compreensão e colaboração na realização desta pesquisa, e também deste curso de especialização.

Às nossas famílias e familiares que compreenderam nossa ausência e nos motivaram na realização deste curso.

A todos os profissionais de saúde em nossos municípios, que direta ou indiretamente, contribuíram para nosso aprendizado e nos apoiaram no período desta especialização.

Tudo tem o seu tempo determinado; e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou (Eclesiastes 3-1, 2b)
Esse tempo chegou...

A autora.

RESUMO

Este trabalho teve a finalidade de estudar como se estrutura a gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unai – MG. Para isso, foram avaliadas, através de pesquisas, seis dimensões ligadas à gestão da atenção básica: o planejamento municipal, a coordenação e operacionalização, os mecanismos de controle e avaliação, o desenvolvimento das ações básicas de vigilância, a administração e o desenvolvimento dos recursos humanos, e o controle social. Foram verificados diferentes estágios de desenvolvimento da gestão da atenção básica, com predominância de processos de gestão em fase intermediária nos três municípios. Buritis foi o município com a maior porcentagem de respostas em grau avançado (37,5%). Entre os possíveis fatores que dificultam o desenvolvimento dos processos de gestão, foram sugeridos a dificuldade de descentralização política-técnica-administrativa-financeira, principalmente, com relação à tomada de decisões que envolvam os prestadores de serviços e os recursos humanos.

Palavras-Chave: Atenção Primária a saúde. Planejamento em saúde. Administração dos serviços de saúde.

ABSTRACT

This work had the purpose to study how structures the first care management in the cities of Buritis, Cabeceira Grande and Unaí – MG. In this way, by searching, six dimensions of the first care management had been evaluated: the municipal planning, the coordination and the execution process, the mechanisms of control and evaluation, the development of the basic actions of monitoring, the administration and the development of the human resources, and the social control. Different periods of development of first care management had been verified, with predominance of processes of management in intermediate phase in the three cities. Buritis was the city with the most percentage of answers in advanced degree was verified (37,5%). Between the possible factors that difficult the development of the management processes, it had been suggested the difficulty of decentralization politician-technician-administrative-financier, mainly, related to taking decisions that involve the rendering of services and the human resources.

Keywords: Primary health care. Health Planning. Health Service Administration.

LISTA DE FIGURAS

- Quadro 1** - Apresenta as principais diferenças entre os municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí quanto ao contexto de desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e da gestão da atenção básica.....30
- Quadro 2** – Apresenta as dimensões avaliadas quanto à gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, e seus respectivos números de verificações.....36
- Quadro 3** - Apresenta as especificidades avaliadas em cada verificação.....38
- Quadro 4** - Explicita os resultados obtidos para a avaliação da dimensão do planejamento municipal.....40
- Quadro 5** - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão do planejamento municipal, 2012.....44
- Quadro 6** - Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão coordenação e operacionalização, 2012.....45
- Quadro 7** - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão coordenação e operacionalização, 2012.....48

Quadro 8 - Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão mecanismos de controle e avaliação, 2012.....	48
Quadro 9 - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão mecanismos de controle e avaliação, 2012.....	50
Quadro 10 - Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão desenvolvimento das ações básicas de vigilância, 2012.....	50
Quadro 11 : Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão desenvolvimento das ações básicas de vigilância, 2012.....	51
Quadro 12 - Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão administração e desenvolvimento dos recursos humanos, 2012.	52
Quadro 13 - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão administração e desenvolvimento dos recursos humanos, 2012.....	53
Quadro 14 - Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão controle social, 2012.....	54
Quadro 15 - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão controle social, 2012.....	55

Quadro 16 - Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para todas as dimensões avaliadas, 2012.....56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 A Atenção Básica no SUS.....	14
2.2 A Gestão no SUS	16
2.3 Caracterização dos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unai – MG.....	22
2.3.1 Caracterização do município de Buritis	22
2.3.2 Caracterização do município de Cabeceira Grande	24
2.3.3 Caracterização do município de Unai.....	27
3. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	34
4 METODOLOGIA.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
6 CONCLUSÕES.	58
7 RECOMENDAÇÕES.....	61
REFERÊNCIAS.....	64

1 INTRODUÇÃO

A gestão em saúde é a ação de gerir, dirigir, comandar, conduzir e de difundir os sistemas institucionalizados de ação em saúde (BRASIL, 2005a). As atividades de gestão no SUS podem abranger ações e serviços com diferentes níveis de complexidade, sendo a atenção básica, o primeiro nível de atenção à saúde dos cidadãos neste Sistema de Saúde.

Os serviços de atenção básica buscam promover a saúde, prevenir e tratar as doenças, e reduzir os danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades das pessoas viverem de um modo saudável. Essas ações buscam resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um território. Para isso, o Ministério da Saúde recomenda que seja utilizada a estratégia saúde família para reorganização dos serviços de atenção básica a nível municipal (BRASIL, 2006b).

Desta forma, a gestão da atenção básica pode ser entendida como o conjunto de atitudes que colaborem para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, de prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo.

Diante da importância dos serviços de atenção básica à saúde dos seus munícipes, os processos de gestão, possuem papel fundamental para consolidação deste tipo de atenção à saúde. O objeto deste trabalho foi, portanto,

estudar como está estruturada a gestão da atenção básica em três municípios do Estado de Minas Gerais, componentes da região do entorno do Distrito Federal: Buritis, Cabeceira Grande e Unai, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico propõe explicar os conceitos de atenção básica à saúde e de gestão no SUS. Para aportar a compreensão do tema serão caracterizados os municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, principalmente, quanto aos serviços de atenção básica instalados.

2.1 A Atenção Básica no SUS

Para facilitar a orientação do usuário no SUS, os serviços e ações de saúde foram separados em ações de alta, média e baixa complexidade. Da mesma forma, organizou-se também os processos de gestão no SUS, sendo que, em cada nível de complexidade, novos processos de gestão podem surgir dependendo das necessidades locais (Política Nacional de Atenção Básica de 2012).

As ações de alta complexidade abrangem os procedimentos que envolvem alto nível técnico dos profissionais, tecnológico e financeiro, propiciando à população acesso a serviços qualificados. A média complexidade compõe-se de ações e serviços para atender os principais problemas de saúde e agravos de uma população, exigindo, na prática clínica, profissionais especializados e o uso de tecnologia de apoio diagnóstico e terapêutico. As ações de baixa complexidade, ou de atenção básica, são aquelas dirigidas às populações de territórios bem delimitados, utilizando tecnologia de elevada até baixa densidade, e que resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância de um território (Política Nacional de Atenção Básica de 2012)

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de atenção básica podem garantir a resolução de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município (Política Nacional de Atenção Básica de 2012)

A atenção básica engloba um conjunto de ações tanto de caráter individual quanto coletivo, e envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Constitui-se o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Neste nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários segue uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados, e às tecnologias adequadas para a prevenção e o enfrentamento das doenças. (BRASIL, 2005b)

A atenção básica é o primeiro e o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS, sendo realizada pelas especialidades básicas da saúde: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, saúde bucal e as emergências referentes a essas áreas (BRASIL, 2001e 2002). Como áreas estratégicas para a operacionalização da atenção básica no território nacional, o Ministério da Saúde recomenda a eliminação da desnutrição infantil e da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde da população é da gestão municipal, e o financiamento das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

No ano de 1994, surgiu formalmente no Brasil, um modelo de atenção básica à saúde com foco de trabalho na unidade familiar, denominado de Programa Saúde da Família (PSF) (ANDRADE *et al*, 2005). A idéia é que este modelo funcione como estratégico para reorganizar a rede de assistência à saúde, buscando ampliar o acesso da população brasileira aos serviços e ações básicas através da descentralização da atenção a territórios delimitados.

Seu processo de trabalho é diferenciado, e com ênfase na atenção integral à saúde, nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Segundo o Ministério da

Saúde, o PSF funciona também, como uma estratégia para consolidar as doutrinas do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2005b).

Com a implantação e o desenvolvimento do PSF nos municípios brasileiros, tem-se observado, que este modelo tem contribuído para a estruturação da rede de atenção básica e a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde, conforme foi a experiência ocorrida no município de Amparo – SP (PIMENTA, 2005).

Este modelo apresenta-se como uma estratégia para a consolidação dos serviços básicos, e está centrado numa visão de saúde como qualidade de vida (ANDRADE *et. al.*,2005). Seu processo de trabalho busca confrontar o modelo hegemônico, que considera a saúde como ausência de doença, e estimular a expansão do consumo dos serviços básicos de saúde, garantindo também o atendimento da demanda espontânea (PAIM, 2003).

Nos municípios de Unaí, Cabeceira Grande, e Buritis, localizados no Estado de Minas Gerais e no entorno leste do Distrito Federal, os serviços de atenção básica passam por desafios comuns, sendo a gestão destes serviços, um instrumento importante para auxiliar o desenvolvimento do processo de trabalho da atenção básica em saúde.

2.2 A Gestão no SUS

Em todos os níveis de atenção à saúde são necessárias práticas de gestão para a implantação e o desenvolvimento das ações e dos serviços à população. Desde o início do SUS no Brasil, vários esforços têm sido realizados pelo Ministério da Saúde para incentivar e consolidar os serviços básicos de saúde nos municípios brasileiros.

A Constituição Brasileira (1988) foi um marco para o início do SUS no Brasil. Na seção II, referente à saúde, são descritas orientações iniciais e básicas para a organização deste Sistema de Saúde no Brasil. Ressalta-se que nas negociações da Assembléia Nacional Constituinte para elaboração da referida Constituição, foram observadas e

analisadas as propostas apontadas pelo relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essas propostas foram fruto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em que estiveram envolvidos intelectuais, profissionais de saúde e representantes da população. Entre os princípios e diretrizes apontados nesta Constituição, destacam-se a universalidade do acesso, a equidade quanto às ações e serviços de saúde, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, a integralidade no atendimento, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços públicos de saúde, e a participação da comunidade. (CUNHA;CUNHA, 2001)

A descentralização destaca-se entre estes princípios e diretrizes, como uma nova proposta para a organização dos serviços e das ações de saúde, buscando torná-los mais resolutivos a nível municipal.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis federal, estadual e municipal. (BRASIL, 1990a). Para colaborar no processo de descentralização, a regionalização e a hierarquização foram considerados princípios necessários para permitir um melhor conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo desta forma as ações em todos os níveis de complexidade.

Entende-se assim, que o processo de descentralização técnico-político administrativo financeiro, para os estados e municípios, induz a organização de mecanismos de gestão locais para planejar, controlar, e avaliar as ações e os serviços prestados às populações.

A organização dos processos locais de gestão foi incentivada por publicações oficiais do Ministério da Saúde, entre elas pode-se citar, a lei Nº 8080 (BRASIL, 1990a), a lei Nº 8142 (BRASIL, 1990b), as Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBs) (BRASIL, 1997; LEVCOVITZ et al, 2001), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) (BRASIL, 2001 e 2002) e, recentemente, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

Os primeiros documentos oficiais publicados após a Constituição Federal (1988) com orientações para a organização da gestão dos Sistemas Municipais de Saúde foram as leis Nº 8080 (BRASIL, 1990a) e Nº 8142 (BRASIL, 1990b). Estas leis foram denominadas de Leis Orgânicas da Saúde.

A lei Nº 8080 (BRASIL, 1990a) apresentou, de uma forma geral, orientações para a organização dos serviços e ações de saúde. A lei Nº 8142 (BRASIL, 1990b), além de relatar sobre o financiamento do setor de saúde e a criação de mecanismos para o controle social no SUS, recomendou a elaboração de dois documentos importantes no processo de trabalho dos gestores municipais: o Relatório Anual de Gestão e o Plano Municipal de Saúde.

No mesmo período de publicação destas leis, o Ministério da Saúde também publicou uma cartilha, inspirada na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, em que foi explicitado o papel dos gestores do SUS (BRASIL, 1990c).

Neste documento, os gestores foram definidos como entidades encarregadas de implantar o SUS e fazê-lo funcionar de acordo com os princípios constitucionais (BRASIL, 1990c).

No nível municipal foram considerados gestores, as Secretarias Municipais de Saúde ou as Prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas, os respectivos Secretários Municipais de Saúde e os Prefeitos.

Foram consideradas as principais responsabilidades dos gestores municipais: programar, executar, e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta forma, o município passaria a “ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para sua população” (BRASIL, 1990c).

As NOBs contribuíram para definir as estratégias que regulam o processo de descentralização no SUS. A NOB/91 foi considerada um instrumento inicial de apoio à descentralização e de valorização do poder municipal na construção do novo Sistema de Saúde. A NOB/93 regulamentou a criação de diferentes níveis de gestão municipal e estadual, com competências, capacidades administrativas e financeiras distintas. (LEVCOVITZ *et. al.*, 2001)

A NOB/96 promoveu a consolidação do exercício da função de gestor da atenção à saúde dos municípios, orientando a plena responsabilidade do poder público municipal (BRASIL, 1997).

Nesta NOB foi proposta uma estratégia de trabalho no SUS para garantir o atendimento integral dos usuários, a Programação Pactuada Integrada (PPI). A PPI pode ser entendida como uma programação acordada entre vários municípios, e que buscou a integração dos Sistemas Municipais de Saúde para garantir o direito de atendimento de todas as necessidades ligadas à saúde do cidadão.

Quanto à gestão dos serviços de saúde, a NOB/96 pontuou uma diferença entre os conceitos de gerência e gestão em saúde. A gerência foi conceituada como a administração de unidades ou órgãos de saúde, e a gestão, como a direção de um Sistema de Saúde, seja a nível nacional, estadual ou municipal (BRASIL, 1997).

É evidenciado na NOB/96, que a gestão de um Sistema de Saúde é executada pelo indivíduo que ocupar o cargo de gestor. Na esfera federal, o gestor é o Ministro da Saúde, e nos níveis estadual e municipal, os gestores são, respectivamente, os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 1997). Através desta diferenciação conceitual abordada pela NOB/96 entre gerência e gestão, tem-se a idéia de aplicação do conceito de gestão limitado a uma pessoa, ou seja, o gestor de saúde em qualquer uma das esferas de governo.

No entanto, as práticas de gestão nas atividades diárias dos Sistemas Municipais de Saúde são também realizadas pelos diversos responsáveis dos setores de saúde, inclusive pelos gerentes das unidades ou órgãos de saúde, não sendo, portanto, limitadas apenas à figura do Secretário Municipal de Saúde.

Desta forma, a gestão municipal da atenção básica pode ser realizada por diferentes atores no Sistema Municipal de Saúde, como, o Secretário Municipal de Saúde, os coordenadores dos serviços de atenção básica, epidemiologia, vigilância sanitária (VISA), saúde bucal, do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros. Entretanto, pode-se considerar que o gestor municipal, ou seja, o Secretário Municipal de Saúde, é o ator que obtém mais informações sobre as ações de atenção básica, isto é explicado, pela necessidade de aproximação dos diferentes coordenadores dos setores de saúde durante o processo de trabalho.

Na NOB/96 ficou evidenciado que as funções do gestor de saúde estão ligadas ao planejamento, coordenação, articulação, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria na esfera governamental em que estiver atuando (BRASIL, 1997). Assim, realizar a gestão de um Sistema de Saúde, seja a nível federal, estadual ou municipal, constitui uma imensa responsabilidade para os profissionais inseridos neste tipo de atividade.

A NOB/96 foi também o primeiro documento a explicitar as modalidades de gestão para o SUS, os requisitos para a habilitação dos municípios, e as respectivas responsabilidades do gestor municipal.

Durante a implementação da NOB/96, alguns problemas foram detectados, como a insuficiência de mecanismos de referência intermunicipal e de diagnósticos sobre o funcionamento dos Sistemas de Saúde nas esferas estaduais e municipais (LEVCOVITZ *et. al.*,2001).

Buscando intervir nestes problemas, a NOAS 01/02 incentivou os estados e municípios para organizarem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para poder garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2001 e 2002). Desta forma, os serviços existentes seriam otimizados e reorganizados.

Entendendo a necessidade de avanço do SUS, a NOAS 01/02 apresentou as novas terminologias para as modalidades de gestão no SUS, os requisitos e as respectivas responsabilidades dos gestores municipais quanto à gestão em saúde.

O Ministério da Saúde (2005) apresenta que a responsabilidade da gestão pública é de diversos atores sociais, e não somente dos profissionais que lidam com esta função no trabalho (BRASIL, 2005a). Acredita-se que quando a gestão dos serviços de saúde é guiada pelo interesse público, pode-se estabelecer formas de mediação política para o avanço dos serviços e das ações de saúde a uma determinada população.

A mais recente política de estímulo à descentralização publicada na portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, pelo Ministério da Saúde, é o Pacto pela Saúde. Este pacto institui novas bases para um processo mais solidário de gestão (BRASIL, 2006a).

Nesta política foram definidas as responsabilidades sanitárias, as atribuições dos gestores, as metas, e os indicadores de monitoramento da gestão municipal através de um Termo de Compromisso assinado pelo gestor municipal.

Este Termo de Compromisso substitui os processos de habilitação da gestão municipal no SUS relatados na NOB/96 e na NOAS 01/02. Entende-se, portanto, que com a assinatura do Termo de Compromisso, o processo de descentralização avance nos municípios brasileiros, inclusive a gestão da atenção básica à saúde.

O próximo contrato social, ainda no ano de 2006, foi o pacto pela saúde. Ele foi um acordo interfederativo celebrado entre as três esferas de gestão por meio da portaria n.

399/2006 e abrange um conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio de adesão dos municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2006a)

Mais recentemente entrou em vigor outro dispositivo regulamentador através do decreto 7508/2011 que foi o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Esse contrato, é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos e tem por finalidade organizar e integralizar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, metas e indicadores de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

2.3 Caracterização dos Municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unai – MG

Logo, será apresentada a caracterização dos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unai conforme elementos serão que descrevem a atenção básica nestes municípios.

2.3.1 Caracterização do município de Buritis

O município de Buritis localiza-se na porção noroeste do Estado de Minas Gerais, sendo implantado no ano de 1963. Sua área territorial é de 5.219 km², e segundo a última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população atual é de 21.636 habitantes (IBGE, 2012).

As atividades econômicas predominantes são a pecuária leiteira e de corte, e as culturas de grãos como, milho, feijão e soja. Com relação aos serviços de saúde, na década de 60, foi construído um Posto de Saúde com recepção e consultório médico (PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITIS – MG, 2010).

Atualmente existem no município seis equipes do PSF, sendo que quatro delas estão instaladas em Postos de Saúde, e duas em casas alugadas. Existe no município quatro consultórios dentários, sendo que dois funcionam agregados às equipes de saúde da família. O município conta ainda com duas Unidades Móveis de Saúde que prestam atendimento no meio rural e um Pronto Socorro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BURITIS – MG).

As ações que configuram a atenção básica no município estão centradas no controle da tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, eliminação da hanseníase, desnutrição infantil, na saúde da mulher, da criança, do idoso, na saúde bucal e nas ações de promoção de saúde, com ênfase no controle de endemias, como a doença de Chagas, a leishmaniose e a hantavirose.

A gama de profissionais que atuam na atenção básica consta de médico clínico geral, cardiologista, pediatra, ginecologista, obstetra, cirurgião dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e bioquímico, técnico em enfermagem, higiene dental e radiologia, auxiliar de enfermagem e de consultório dentário, assistente administrativo, auxiliar de serviços gerais, educador em saúde, médico veterinário, auxiliar de laboratório, digitador, agente comunitário de saúde, motorista e recepcionista.

Quanto à gestão da atenção básica, existe coordenação da atenção básica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde e coordenador municipal do PSF. As Unidades de Saúde não possuem gerentes formalizados, sendo que acontecem reuniões periódicas para planejamento e avaliação das equipes de gestão das Unidades de Saúde e PSF. Foi adotada a divisão do município em micro-áreas de saúde para implantação da atenção básica.

Anteriormente à publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), o município de Buritis estava habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a NOAS 01/02 (BRASIL, 2001; 2002).

O financiamento das ações é feito através de recursos oriundos das contas para o controle do câncer de colo uterino e da tuberculose, VISA, PSF, Equipe de Saúde Bucal, Hiperdia, PACS, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Fundo Municipal de Saúde. Há também recursos oriundos do Estado de Minas Gerais, tais como: o Programa Viva a Vida e Saúde em Casa. Os recursos oriundos do Piso da Atenção Básica (PAB) são investidos basicamente nas equipes do PSF, PACS, e em ações emergenciais. Não há compatibilidade dos recursos do PAB e as necessidades de saúde do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITIS).

O Conselho Municipal de Saúde encontra-se instalado, mas não acontecem reuniões periódicas. Com relação às Conferências de Saúde, em Buritis, já aconteceram três Conferências nos últimos seis anos.

A prestação de conta do uso dos recursos da atenção básica é feita somente para o Conselho Municipal de Saúde, e a pactuação entre o município e suas referências são mediadas pela Gerência Regional de Saúde de Unai.

2.3.2 Caracterização do município de Cabeceira Grande

O município de Cabeceira Grande foi emancipado no ano de 1995, e instalado no ano de 1997. Segundo a última estimativa do IBGE, sua população atual é de 6.427 habitantes (IBGE, 2012).

Cabeceira Grande situa-se na região noroeste do Estado de Minas Gerais e ocupa uma área de 1.026 Km², sendo que a sede do município encontra-se centralizada ao noroeste de seu território.

O município de Cabeceira Grande possui um pequeno comércio, e sua economia é voltada para a agropecuária, predominando o cultivo de soja, feijão, milho e algodão.

A instalação do primeiro Posto de Saúde pela Prefeitura ocorreu em 1997, na ocasião da instalação do município. Com relação à atenção básica, na estrutura do município há, atualmente, duas Unidades de Saúde em que funcionam o PSF, com duas Equipes de Saúde Bucal. O serviço de urgência e emergência é garantido nas duas unidades por meio de sobreaviso dos médicos do referido programa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABECEIRA GRANDE – MG).

Nas Unidades de Saúde são realizados os trabalhos de controle de hipertensão arterial, controle de diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, da mulher, e do idoso, saúde bucal e promoção em saúde, acontecendo também nas escolas. O controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase são referenciados para o município de Unaí por meio de pactuações (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABECEIRA GRANDE – MG).

As profissões que prestam serviços na atenção básica são médico clínico geral, cirurgião dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, técnico em enfermagem e higiene dental, auxiliar de consultório dentário, assistente administrativo, auxiliar de serviços gerais, farmacêutico e bioquímico, agente comunitário de saúde e epidemiológico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABECEIRA GRANDE – MG).

Com relação a existência de coordenação da atenção básica não há um profissional específico definido no organograma da Secretaria de Saúde e nem coordenação municipal para o PSF. A gerência das Unidades de Saúde fica sob responsabilidade dos enfermeiros dos PSF.

Antes da publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), este município estava habilitado na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, de acordo com a NOAS 01/02 (BRASIL, 2001 e 2002).

Quanto à organização do processo de trabalho nos PSF, as atividades de planejamento e avaliação pela equipe de profissionais nas Unidades de Saúde ainda são precoces. A divisão em micro-áreas de saúde é a organização territorial adotada para a implantação da atenção básica no município. Para garantir a integralidade do atendimento são realizadas pactuações, principalmente, com Unaí, que é o município considerado sede da microrregião do noroeste de Minas Gerais.

As contas da atenção básica são para o PAB, VISA, PACS, PSF, Equipes de Saúde Bucal, e para a epidemiologia. Outra conta existente é o Fundo Municipal de Saúde.

Os recursos do PAB são investidos em ações básicas de uma forma geral, não havendo, portanto, divisão do incentivo enviado pelo governo federal para ações específicas.

Não há também compatibilidade entre o volume de recursos transferidos pelo PAB e o montante previsto para as ações básicas no Plano Municipal de Saúde, havendo por isso, complementaridade dos gastos com o setor de saúde pela Prefeitura Municipal de Cabeceira Grande.

Quanto à gestão participativa da atenção básica, em Cabeceira Grande existe o Conselho Municipal de Saúde em funcionamento e já foram realizadas quatro Conferências de Saúde nos anos de 1998, 2002, 2006 e 2010.

A prestação de contas dos recursos da atenção básica é submetida ao Conselho Municipal de Saúde, somente a título de verificação.

2.3.3 Caracterização do município de Unaí

O município de Unaí, instalado em 1.943, situa-se na região noroeste do Estado de Minas Gerais e ocupa uma área de 8.464 Km², sendo assim, o terceiro maior município do Estado de Minas Gerais. Segundo a última estimativa do IBGE, a população de Unaí é de 78.299 habitantes (IBGE, 2012).

Unaí possui um território extenso, com terras férteis e agricultáveis, farta produção de cereais, e rebanhos bovinos, suínos e eqüinos. É considerado o maior produtor brasileiro de feijão, e o primeiro de milho e soja do Estado, com volume de produção de 234 mil toneladas. Apresenta a maior área irrigada da América Latina, com 35 mil hectares, e a segunda maior bacia leiteira do Estado, com 200 mil litros/dia. Possui o segundo maior rebanho de corte de Minas Gerais com 300 mil cabeças, e o segundo maior Produto Interno Bruto agrícola do Estado. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ – MG, 2010)

O primeiro serviço de saúde instalado em Unaí foi o Posto de Saúde e de Puericultura Mário Pinotti, inaugurado em 1959. Esta unidade foi fundada pela liga católica, e visava assistência à criança recém-nascida e à gestante. (GONÇALVES, 1990)

A partir de 1965 têm-se os primeiros relatos da fundação de um hospital, a Casa de Saúde Santa Mônica, e a partir de 1981 dos primeiros Postos de Saúde instalados pela Prefeitura de Unaí (OLIVEIRA MELLO, 1988; GONÇALVES, 1990). Até a instituição do SUS em Unaí, por volta de 1990, com a Lei nº 8080 (BRASIL, 1990a), parece que os serviços de saúde possuíam uma filosofia de trabalho assistencialista, e centrada em uma visão biomédica (CAPRA, 1982).

Em 2008, segundo dados divulgados pelo IBGE, 86,9% das habitações de Unaí possuíam água encanada, 93,2% recebiam energia elétrica, e 96,2% dos domicílios urbanos possuíam serviços de coleta de lixo (UNAÍ, 2009).

Atendendo aos requisitos da lei Nº 8080 (BRASIL, 1990a), o município gerencia e supervisiona todas as Unidades de Saúde, sendo acompanhadas e avaliadas pelo Conselho Municipal de Saúde, que é composto por 18 membros, representando paritariamente os seguimentos sociais.

Com relação à estrutura da atenção básica atual em Unai, há quatro Postos de Saúde na área urbana e um Posto de Saúde no meio rural, um Centro de Saúde, seis Unidades de Saúde da Família, nove consultórios odontológicos, um Pronto Socorro, uma Unidade Móvel de Saúde com um consultório médico e um consultório odontológico, uma Unidade de Planejamento Familiar e uma Farmácia Básica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNAÍ – MG) .

As principais ações que compõem a atenção básica são controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, com ênfase em atividades educativas para higiene e limpeza das habitações. Os profissionais que atuam na atenção básica e estão descritos nas leis Nº 2080 de 03 de janeiro de 2003 (UNAÍ, 2003) e Nº 2186 de 30 de janeiro de 2004 (UNAÍ, 2004) são: médico clínico geral, cardiologista, pediatra, ginecologista e obstetra, cirurgião dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, bioquímico, veterinário, técnicos em enfermagem, higiene dental e radiologia, de gesso e laboratório, fiscal sanitário, auxiliares de enfermagem, consultório dentário, de serviços gerais e saúde, assistente administrativo, agente comunitário de saúde e epidemiológico, atendente, motorista, bombeiro e eletricista.

Com relação à gestão da atenção básica em Unai, há um coordenador específico para o PSF, e no organograma da Secretaria de Saúde há o cargo de coordenador da atenção básica, contudo, o funcionário que ocupa este cargo não executa esta função. Não há também, gerentes nas Unidades de Saúde, nem atividades de planejamento e de avaliação com as equipes de profissionais que trabalham nos Postos de Saúde e em unidades do PSF.

Não há ainda no município, organização territorial definida para a implementação dos serviços de atenção básica, ocorrendo, portanto, somente nas Unidades de Saúde já instaladas para o PSF.

Em Unaí, há pactuação com outros municípios para atendimento de usuários que necessitam de serviços não prestados ainda pelo Sistema Municipal de Saúde.

Em 2004, a Secretaria de Saúde de Unaí (SESAU) foi habilitada em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada nas condições da NOAS 01/02 (BRASIL, 2001 e 2002), assumindo a responsabilidade de garantir aos seus munícipes, o conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de atenção básica.

As contas da atenção básica recebem recursos oriundos do PAB, para o PACS, PSF e epidemiologia. Outra conta existente é o Fundo Municipal de Saúde.

Assim como em Buritis e Cabeceira Grande, duas contas foram criadas para receberem os incentivos financeiros do Estado de Minas Gerais: uma para o Programa Viva a Vida, e outra para cada equipe do PSF implantada no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ – MG, 2010).

Com relação ao PAB, esse recurso é investido em ações básicas de uma forma geral, não havendo compatibilidade entre o volume de recursos transferidos pelo PAB e o montante previsto para as ações básicas no Plano Municipal de Saúde, sendo necessário, portanto, complementaridade dos gastos com o setor de saúde pela Prefeitura Municipal de Unaí.

Quanto à gestão participativa da atenção básica, em Unaí existe o Conselho Municipal de Saúde em funcionamento e já foram realizadas Conferências de Saúde nos anos de 2001, 2005 2009 e 2012. A prestação de contas dos recursos da atenção básica é submetida também ao Conselho de Saúde.

O quadro 1 apresenta as principais diferenças entre os municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí quanto ao contexto de desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e da gestão da atenção básica.

ÍTEM CARACTERIZADO	MUNICÍPIOS		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
Localização	Porção noroeste do Estado de Minas Gerais	Porção noroeste do Estado de Minas Gerais	Porção noroeste do Estado de Minas Gerais
Ano de instalação	1.963	1.997	1.943
População estimada	21.636	6.427	78.299
Atividades econômicas	Pecuária leiteira de corte e agricultura	Agropecuária	Pecuária leiteira de corte e agricultura extensiva
Instalação do 1º posto de saúde pela prefeitura	Década de 60	1.997	1.981
Equipe de PSF	06	02	06
Ações de Atenção Básica	Controle de tuberculose, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, saúde da mulher, da	Controle de tuberculose, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da mulher, da criança do idoso, saúde bucal e promoção da	Controle de tuberculose, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, saúde da mulher, da

	criança do idoso, saúde bucal e promoção da saúde.	saúde.	criança do idoso, saúde bucal e promoção da saúde.
Profissões	Médico clínico geral, obstetra, ginecologista, pediatra, cirurgião dentista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional farmacêutico e bioquímico, veterinário, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e radiologia, auxiliares de	Médico clínico geral, cirurgião dentista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional farmacêutico e bioquímico, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e radiologia, assistente administrativo, agente comunitário de saúde e epidemiológico, motorista e recepcionista.	Médico clínico geral, obstetra, ginecologista, pediatra, cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional farmacêutico e bioquímico, veterinário, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, radiologia, gesso e

	enfermagem, assistente administrativo, educador em saúde, agente comunitário de saúde, motorista, digitador e recepcionista.		laboratório, fiscal sanitário, auxiliares de enfermagem, assistente administrativo, educador em saúde, agente comunitário de saúde, motorista, bombeiro, eletricista, atendente, digitador e recepcionista
Coordenação da atenção básica	Existência da coordenação da atenção básica e do PSF distintas, sem gerentes formalizados nas unidades de saúde.	Não há coordenação da atenção básica e do PSF. A gerência da unidade de saúde sob a responsabilidade do enfermeiro do PSF.	Existência da coordenação do PSF e não há gerência nas unidades de saúde.
Habilitação de acordo com a NOAS 01/02	Gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.	Gestão plena do Sistema Municipal de saúde.	Gestão plena do Sistema Municipal de saúde.
Financiamento	PAB, PACS, PSF. Equipe de Saúde Bucal, Controle de	PAB, PACS, PSF. Equipe de Saúde Bucal, Epidemiologia,	PAB, PACS, PSF. Equipe de Saúde Bucal, Epidemiologia,

(contas existentes)	Câncer de Colo Uterino e da tuberculose, VISA, Hipertensão, CAPS Fundo municipal de saúde Viva a Vida e Programa Saúde em Casa.	VISA, Fundo municipal de saúde Viva a Vida e Programa Saúde em Casa.	VISA, Fundo municipal de saúde Viva a Vida e Programa Saúde em Casa.
Conselho de Saúde	Existente.	Existente.	Existente.
Prestação de contas da Secretaria da saúde	Conselho Municipal de Saúde.	Conselho Municipal de Saúde.	Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 1: Principais diferenças entre os municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí quanto ao contexto de desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e da gestão da atenção básica. Fonte: Dados da pesquisa

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Conhecer como se estrutura a gestão da atenção básica nos municípios de Unaí, Cabeceira Grande e Buritis – MG.

Objetivos Específicos:

Identificar as ações que são executadas na gestão da atenção básica;

Reconhecer os instrumentos de gestão que os municípios utilizam para a gestão da atenção básica;

4 METODOLOGIA

Para pesquisar como se estrutura a gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí foram considerados os seguintes pontos:

- a) O estudo utilizou um método quantitativo para a obtenção de dados: a observação, a análise documental e a pesquisa.
- b) O primeiro instrumento permitiu descrever as práticas de gestão em saúde destes municípios, através da análise documental. Este instrumento contemplou a análise do contexto das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos desde a implantação dos municípios, a estrutura da gestão da atenção básica, e a gestão participativa neste tipo de atenção. Através dos dados obtidos com a aplicação deste instrumento, foram identificadas as ações que são executadas na atenção básica em cada município.
- c) O segundo instrumento serviu para reconhecer os instrumentos utilizados na gestão da atenção básica e verificar o conhecimento dos gestores. Ele abordou as dimensões ligadas aos instrumentos de planejamento, coordenação e operacionalização, controle e avaliação, ações básicas de vigilância, administração e desenvolvimento dos recursos humanos, e o controle social.

O segundo instrumento elaborado para a realização desta pesquisa, utilizou como base o Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999). Os itens referentes às responsabilidades dos municípios na gestão da atenção básica neste manual foram adaptados à realidade dos municípios pesquisados, gerando uma nova programação para a gestão da atenção básica.

Foram considerados seis aspectos concernentes à gestão da atenção básica: o planejamento municipal, a coordenação e a operacionalização, os mecanismos de

controle e avaliação, o desenvolvimento das ações básicas de vigilância, a administração e o desenvolvimento dos recursos humanos, e o controle social.

Considerando que conhecimento da gestão da atenção básica fornece bases para a tomada de decisões organizacionais, o segundo instrumento foi elaborado baseado na escala de Likert (OLIVEIRA, 2001), sendo que cada verificação buscou coletar informações de vários aspectos das dimensões abordadas. O quadro 2 apresenta as dimensões avaliadas e os respectivos números das verificações.

Dimensão	Verificação
Planejamento Municipal	1 a 8
Coordenação e Operacionalização	9 a 14
Mecanismos de Controle e Avaliação	15 a 17
Desenvolvimento das Ações Básicas de Vigilância	18 a 19
Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos	20 a 22
Controle Social	23 a 24

Quadro 2: Dimensões avaliadas quanto à gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, e seus respectivos números de verificações. Fonte: Dados da Pesquisa

Para cada verificação foram apresentadas três opções de resultado. Os resultados buscaram caracterizar se a gestão da atenção básica possuía gradação incipiente, intermediária ou avançada. O grau incipiente caracterizou o processo de gestão em estágio inicial; o grau intermediário, processos de gestão em construção, mas ainda não totalmente adequados às recomendações das políticas federais para a gestão atenção básica; e o grau avançado, indicando um grau satisfatório do serviço quanto a avaliação realizada.

As verificações de nº 1 a 8 abordaram assuntos como o Plano Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, a utilização de informações, leis e documentos para

planejamento, o cadastramento e o gerenciamento de unidades, a elaboração da PPI e da Programação Municipal, o planejamento dos serviços de referência e contra-referência, e as considerações do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) elaboração do planejamento municipal dos serviços de saúde.

As verificações de nº 9 a 14 referiram-se à coordenação das Unidades de Saúde públicas e contratadas, à adscrição e cadastramento da população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PSF, ao cartão SUS, à utilização dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (SINASC), Ambulatorial (SIA), de Internação Hospitalar (SIH), de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de Agravos de Notificação (SINAN) e da Atenção Básica (SIAB), ao Cadastro Ambulatorial da rede como instrumento de observação para fiscalização da VISA, e à coordenação financeira da Secretaria de Saúde.

O uso de indicadores, a descrição de indicadores no Plano Municipal de Saúde, e o controle e a avaliação de prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB foram assuntos abordados pelas verificações de nº 15 a 17. Já as verificações de nº 18 e 19 referiram-se à existência de legislação municipal e a elaboração de um plano de ação para direcionar o planejamento das vigilâncias.

As verificações nº 20 a 22 abordaram três pontos: a existência de capacitação introdutória e permanente aos profissionais que atuam na atenção básica, a participação dos recursos humanos no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação das atividades de saúde. Também foram avaliados o funcionamento e a participação do Conselho de Saúde no Sistema Municipal de Saúde.

O quadro 3 apresenta as especificidades avaliadas em cada verificação. Após a realização das pesquisas, os dados foram consolidados e discutidos pelos pesquisadores deste trabalho.

Verificação	Especificidade Avaliada
1	O Plano Municipal de Saúde é elaborado para o quadriênio, com atualização permanente e com participação do gestor e do Conselho de Saúde.
2	No planejamento, o gestor utiliza as informações de como se distribui a população no território e as causas mais frequentes de adoecimento e morte de seus munícipes.
3	São utilizadas as leis e os documentos divulgados pelo nível federal, estadual e municipal que balizam a gestão da atenção básica nos municípios para o planejamento.
4	O Relatório Anual de Gestão é discutido, aprovado no Conselho Municipal de Saúde e utilizado como subsídio para novos planejamentos.
5	Todas as unidades ambulatoriais, públicas e privadas, e estabelecimentos sujeitos à fiscalização da VISA são cadastrados pelo município.
6	O acesso da população a outros níveis de atenção são garantidos na Programação Anual do município e na elaboração da PPI estadual.
7	São estabelecidas a referência e a contra-referência para os serviços de maior complexidade.
8	.A gestão se organiza para atender as necessidades do PDR: assistência pré-natal, parto e puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, tratamento das intercorrências mais comuns na infância, afecções agudas de maior incidência, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência, tratamento clínico e cirúrgico de pequenas urgências ambulatoriais, distúrbios mentais e psicossociais, doenças bucais, medicamentos da farmácia básica e do Programa Nacional de Imunização.
9	O gestor municipal coordena as unidades básicas próprias e contratadas com base nos dados fornecidos pelo SIA/SUS.
10	As UBS definem áreas de abrangência com a clientela adscrita e mediante o cadastramento da população.
11	São estipuladas metas de implantação do cartão SUS em parceria com outros setores do governo, inclusive com metas para sua operacionalização.
12	São alimentados mensalmente os Sistemas de Informação SIM, SINASC, SIA, SINAM, SISVAN, SIH e SIAB.
13	São realizadas ações de fiscalização da VISA em estabelecimentos da rede ambulatorial, por meio do Cadastro Ambulatorial da rede municipal utilizando o SIA/SUS como instrumento de observação.

14	O gestor municipal ordena as despesas da Secretaria Municipal, tem autonomia para gerenciar os recursos destinados para a atenção básica e utiliza instrumentos contábeis para operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde.
15	São elaboradas normas, rotinas, fluxos de controle e de avaliação utilizando indicadores para a avaliação da atenção básica.
16	Os indicadores para a atenção básica estão definidos no Plano Municipal de Saúde e são utilizados para avaliar permanentemente o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde de seus municípios.
17	O gestor define a forma de contratação, contrata, controla, audita e paga os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB existentes na tabela do SIA/SUS.
18	São organizados os serviços das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, com utilização de legislação municipal específica.
19	O plano de ação das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental é o instrumento que direciona o planejamento para aplicação de ações de inspeção preventiva.
20	As equipes que desenvolvem as ações de atenção básica passam por processo de capacitação introdutório e atividades de educação permanente.
21	As equipes de saúde participam do planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas Unidades de Saúde e em outros níveis do Sistema Municipal de Saúde.
22	O gestor recruta, seleciona, contrata e administra os recursos humanos, inclusive definindo a remuneração dos profissionais.
23	O Conselho Municipal de Saúde está implantado e implementado, e são garantidas condições para o seu funcionamento.
24	O Conselho Municipal de Saúde participa efetivamente do processo de planejamento, desenvolvimento, e avaliação das ações e dos serviços de saúde no Sistema Municipal de Saúde.

Quadro 3: Especificidades avaliadas em cada verificação na pesquisa sobre a gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí – MG, em 2012 e 2013. Fonte: Dados da Pesquisa

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido ao grande número de verificações elaboradas, os resultados obtidos foram apresentados por dimensão, abordando os principais pontos pesquisados em cada verificação.

O quadro 4 explicita os resultados obtidos para a avaliação da dimensão planejamento municipal.

VERIFICAÇÕES	TIPO DE GESTÃO ENCONTRADA		
	Buriti	Cabeceira Grande	Unai
1	Avançada	Intermediária	intermediária
2	Avançada	incipiente	intermediária
3	Avançada	intermediária	avançada
4	Avançada	incipiente	avançada
5	Avançada	avançada	avançada
6	Avançada	intermediária	intermediária
7	Intermediária	intermediária	intermediária
8	Avançada	intermediária	intermediária

Quadro 4: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unai, de acordo com a verificação realizada para a dimensão de planejamento municipal, 2012 e 2013. Fonte: Dados da Pesquisa

A verificação nº 1 referiu-se ao Plano Municipal de Saúde. Sabe-se que este instrumento de gestão é considerado um requisito para qualquer município brasileiro receber recursos financeiros da esfera federal (BRASIL, 1990a).

Foi verificado pela pesquisa, que o plano é pelo menos elaborado quadrienalmente nos três municípios. Contudo, este documento parece ser visto mais como um elemento formal do processo de trabalho na gestão da atenção básica do que um instrumento de aplicação prática. Isso pode ser confirmado pela falta de revisão e a atualização do plano em Cabeceira Grande e Unai. Parece que, por não existir uma cobrança

constante da esfera federal e estadual para a revisão e atualização do plano, que há uma falta de atenção ou de iniciativa a nível municipal para o estabelecimento desta prática de gestão.

Entendendo que o gestor necessita participar da elaboração do plano para saber o que estará gerindo, era de se esperar que ele participasse ativamente na elaboração do mesmo. Em Cabeceira Grande, o gestor não participa da elaboração do plano, e foi verificado que o gestor em Buritis participa mais da elaboração do plano do que em Unaí, ficando a elaboração do plano neste município, mais a cargo dos coordenadores dos serviços de saúde. Foi verificado também nos três municípios pesquisados, que o Conselho de Saúde aprova o plano, porém não participa de sua elaboração.

Talvez, a falta de participação do gestor na elaboração do plano e de consideração do orçamento da saúde sejam fatores que contribuam para que o plano seja apenas um instrumento normativo nas práticas de gestão. Desta forma, este instrumento, recomendado por legislação (BRASIL, 1990a e 1990b), acaba perdendo sua função primordial de servir de referencial para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no município.

Com relação à utilização das informações de como se distribui a população no território, e a utilização das causas mais freqüentes de adoecimento e morte nos municípios para o planejamento municipal (verificação nº 2), Buritis apresentou um resultado avançado.

Já os municípios de Unaí e Cabeceira Grande apresentaram, respectivamente, resultados com gradação intermediária e incipiente. Em Unaí, foi observado que os dados úteis ao planejamento dos serviços locais de saúde, não são usados satisfatoriamente, e em Cabeceira Grande, que os mesmos não são utilizados para o planejamento.

Quanto à utilização de leis e documentos divulgados pelo nível federal, estadual e municipal (verificação nº 3) para o planejamento, foi observado que Buritis e Unaí possuem um grau avançado, enquanto Cabeceira Grande, um grau intermediário.

Em Cabeceira Grande foi notado que os documentos elaborados pelo próprio município para orientar os serviços de saúde pública não são utilizados no planejamento local.

Parece existir uma preocupação em cumprir as recomendações dos documentos publicados pela esfera federal e estadual na elaboração do planejamento, sendo que os documentos municipais de saúde são elaborados apenas para cumprir exigências legais (normativas).

Talvez, exista uma sobrevalorização quanto ao que é emitido pela esfera federal e estadual em detrimento das publicações para a saúde a nível municipal, minimizando assim, o potencial do município em propor alternativas mais próximas da realidade.

A verificação nº 4 abordou sobre a existência de discussão, a aprovação do Relatório de Gestão no Conselho Municipal de Saúde, e sua utilização para novos planejamentos. Foi verificado que Buritis e Unai apresentaram resultados avançados, e Cabeceira Grande um grau incipiente de gestão. Foi relatado que em Cabeceira Grande os Relatórios de Gestão não são discutidos no Conselho de Saúde, e não são utilizados como subsídio para novos planejamentos dos serviços de saúde.

Neste caso, percebe-se que a aprovação do Relatório no Conselho de Saúde é encarada apenas como uma exigência de uma norma oficial, ditada por uma lei federal, e que a reflexão e a discussão não são consideradas etapas que contribuem para o avanço dos serviços, conforme foi observado em Cabeceira Grande.

Quanto ao cadastramento das unidades ambulatoriais, públicas e privadas, sujeitas a fiscalização da VISA (verificação nº 5), foi verificado nos três municípios que os estabelecimentos são cadastrados, caracterizando desta forma, uma gestão avançada nos três municípios.

A verificação nº 6 buscou conhecer se o acesso da população a outros níveis de atenção é garantido nos três municípios através da elaboração da Programação Anual

nos municípios e pela PPI estadual, que é direcionada pela Gerência Regional de Saúde de Unaí.

Foi verificado que a Programação Anual do município para outros níveis de atenção só é realizada pelo município de Buritis. Este fato traz o entendimento de que Buritis possui uma gestão avançada quanto a esta observação, e que Unaí e Cabeceira Grande, uma gestão intermediária.

É importante salientar que a elaboração de uma Programação Municipal é essencial para uma posterior PPI a nível estadual. Pactuar a nível estadual, sem ter uma programação de demanda a nível municipal, faz com que a PPI estadual venha ser menos resolutiva quanto à garantia de atenção integral aos cidadãos.

Com relação ao estabelecimento de referência e contra-referência para os serviços de maior complexidade (verificação nº7), foi verificado que nos três municípios há referenciamento dos pacientes, porém, em nenhum deles, há um sistema de contra-referência organizado. Desta forma, o referenciamento e o contra-referenciamento nos três municípios é caracterizado por uma gestão ainda intermediária.

Quanto à organização da gestão para atender as necessidades do PDR (verificação nº8), verificou-se que Buritis possui uma gestão avançada. Já Unaí e Cabeceira Grande apresentaram uma gestão intermediária, sendo detectado que estes municípios não possuem serviços para atendimento de pacientes com distúrbios mentais e psicossociais.

Com relação à dimensão planejamento municipal, pode-se observar conforme o quadro 5, que houve um predomínio de grau intermediário (45,83%) e avançado (45,83%) nos três municípios, sendo que Buritis apresentou um maior número de respostas com grau avançado (87,5%), e apenas uma de suas verificações foi considerada intermediária.

Gradação	MUNICÍPIOS			Porcentagem total de respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	0 %	25%	0 %	8,34%
Grau Intermediário	12,5%	62,5%	62,5%	45,83%
Grau Avançado	87,5%	12,5%	37,5%	45,83%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 5: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão planejamento municipal, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

É interessante notar que as respostas para duas verificações nesta dimensão foram iguais nos três municípios. Isso ocorreu nas verificações nº 5 (grau avançado) e nº 7 (grau intermediário), conforme pode ser observado no quadro 4. As respostas obtidas na verificação nº 7, traduzem a idéia de que as dificuldades enfrentadas pelos três municípios são semelhantes quanto ao estabelecimento da contra referência para os Sistemas Locais de Saúde.

Com relação à dimensão planejamento municipal Cabeceira Grande apresentou grau intermediário (62,5%), e foi o único município com 25% das respostas com grau incipiente.

Unaí também apresentou 62,5% de suas respostas em grau intermediário, sendo que 37,5% de suas respostas foram consideradas avançadas. Buritis pareceu possuir ações de planejamento na gestão da atenção básica mais estruturadas do que em Unaí e Cabeceira Grande, sendo necessário, a estes dois municípios, um empenho para continuidade do aperfeiçoamento dos processos de planejamento na gestão da atenção básica.

A segunda dimensão avaliada neste trabalho foi a coordenação e a operacionalização da atenção básica nos três municípios. O quadro 6 mostra os resultados obtidos na pesquisa com relação a esta dimensão.

Verificações	Tipo de gestão encontrada		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
9	Intermediária	intermediária	intermediária
10	Avançada	Avançada	Incipiente
11	Intermediária	Incipiente	Incipiente
12	Avançada	Avançada	Avançada
13	Intermediária	Incipiente	Avançada
14	Intermediária	intermediária	intermediária

Quadro 6: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão coordenação e operacionalização, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à verificação nº 9, observou-se que a coordenação é dificultada nas unidades privadas que participam de forma complementar aos serviços básicos municipais. Talvez, isso possa ser explicado pela predominância da cultura tanto por parte dos profissionais do SUS, quanto àqueles do serviço complementar, de que os serviços privados são autônomos e não estão sujeitos à gestão do SUS. Existe, portanto, um descumprimento dos termos dos contratos firmados quando o setor privado é contratado, desconsiderando assim, os princípios do SUS, inclusive aqueles colocados para a utilização deste setor.

Esta colocação deixa transparecer um ponto falho nos Sistemas Locais de Saúde na tentativa de garantir a integralidade e a humanização do atendimento do usuário. Talvez, uma saída para esta situação, seja o estabelecimento de auditorias permanentes que contribuam para gerar respeito ao Sistema Local de Saúde.

A verificação nº 10 está relacionada à utilização de duas estratégias para organização do processo de trabalho preconizado pelo PSF: a definição de área de abrangência das UBS e cadastramento da população.

Em Buritis e Cabeceira Grande há predominância de organização do trabalho da atenção básica utilizando a estratégia saúde da família. Assim, a definição de área de abrangência das UBS e o cadastramento da população nas unidades são considerados elementos necessários para a operacionalização da gestão da atenção básica nestes dois municípios. Em Unaí, há somente definição de área de abrangência das UBS e cadastramento da população nas unidades que estão inseridas nesta estratégia de trabalho, caracterizando assim, uma gestão incipiente.

Parece que a gestão em Unaí está atrasada quanto à utilização de metodologias de trabalho recomendadas pelo Ministério da Saúde para estruturação da atenção básica. Talvez, a dificuldade de inserção na estratégia de trabalho do PSF possa estar ligada à limitação do planejamento municipal e à pouca utilização do Plano de Saúde como um instrumento de gestão.

Com relação à verificação nº 11, que diz respeito ao cartão SUS, não são estipuladas metas de implantação com outros setores do governo, e metas de operacionalização em Cabeceira Grande e Unaí, caracterizando uma gestão incipiente nestes dois municípios. Já o município de Buritis, trabalha com metas para implantação do cartão SUS com parceria com a Secretaria de Assistência Social e não possui metas para sua operacionalização, evidenciando assim, uma gestão intermediária.

A verificação nº 12 abordou sobre a alimentação mensal dos Sistemas de Informação SIM, SINASC, SIA, SINAM, SISVAN, SIH e SIAB, sendo que os três municípios apresentaram resultados avançados. Imagina-se que isso ocorre adequadamente porque a falta de alimentação destes sistemas pode acarretar a suspensão do repasse financeiro da esfera federal para os municípios.

Quanto à utilização do Cadastro Ambulatorial da rede como instrumento de observação para fiscalização da VISA (verificação nº13), foi observado que a gestão é avançada em Unaí. O município de Buritis apresentou um resultado intermediário, e Cabeceira Grande, um grau incipiente. Em Buritis acontecem ações de VISA somente na rede ambulatorial, sendo a dos demais locais feita por representantes do Estado de Minas Gerais. Já em Cabeceira Grande, as ações de vigilância sanitária são realizadas somente por funcionários do governo estadual.

A verificação nº 14 buscou detectar se o gestor municipal ordena as despesas da Secretaria Municipal de Saúde, gerencia os recursos destinados à atenção básica e utiliza instrumentos contábeis para operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde. O resultado desta verificação apresentou-se intermediário nos três municípios, pois a autonomia dos gestores foi considerada parcial. Talvez, isso possa ser explicado devido a dificuldade de descentralização política nos três municípios.

Os resultados obtidos na dimensão coordenação e operacionalização da gestão da atenção básica podem ser observados no quadro 7. Pela análise deste quadro, percebe-se que houve um predomínio de respostas em grau intermediário (44,45%), seguido de respostas em grau avançado (33,33%) e incipiente (22,22%). Observa-se que Buritis, Cabeceira Grande e Unaí apresentaram o mesmo número de respostas com grau avançado, contudo, Buritis apresentou-se melhor do que os outros dois municípios, com 66,67% das respostas em grau intermediário. Já Cabeceira Grande e Unaí apresentaram a mesma porcentagem de respostas com grau incipiente e intermediário. Esses dados traduzem a idéia de que Buritis apresenta coordenação e operacionalização da gestão da atenção básica melhor do que Cabeceira Grande e Unaí.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	0 %	33,33%	33,33%	22,22%
Grau Intermediário	66,67%	33,34%	33,34%	44,45%
Grau avançado	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 7: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão coordenação e operacionalização, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

A dimensão mecanismos de controle e avaliação foi a próxima a ser avaliada. O quadro 8 apresenta os resultados obtidos na avaliação desta dimensão.

Verificações	Tipo de gestão encontrada		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
15	Intermediária	Intermediária	Intermediária
16	Incipiente	Incipiente	Incipiente
17	Intermediária	Incipiente	Intermediária

Quadro 8: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão mecanismos de controle e avaliação, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à elaboração de normas, rotinas, fluxos de controle e de avaliação, utilizando indicadores para avaliação da atenção básica, percebeu-se que nos três municípios são calculados os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2005c), contudo, não há um uso prático desses indicadores nos processos de gestão, caracterizando desta forma, uma gestão intermediária nos três municípios. Este fato traduz a idéia de que não existe um hábito de utilizar os indicadores freqüentemente, e que as funções dos responsáveis pela gestão da atenção básica estão mais ligadas à resolução de problemas imediatos do que no monitoramento e na avaliação das ações e serviços básicos de saúde.

A definição de indicadores no Plano Municipal de Saúde e sua utilização permanente para avaliar as ações dos Sistemas Locais de Saúde foi o próximo item a ser avaliado na pesquisa (verificação nº16). Observou-se nos três municípios, que os indicadores não estão inseridos em seus respectivos Planos de Saúde, caracterizando assim, uma gestão incipiente quanto a esta verificação.

Teixeira (2001) coloca que o Plano de Saúde é um instrumento de planejamento importante para a avaliação das ações de saúde, e que deve conter indicadores para acompanhamento e avaliação da atenção básica. Baseado nas repostas encontradas, o plano nos três municípios além de funcionar apenas como um instrumento normativo de planejamento está desprovido de elementos que permitam uma avaliação das ações de saúde.

Quanto à verificação nº 17, percebeu-se limitada descentralização e autonomia do gestor na tomada de decisões sobre o que se refere aos prestadores de serviços contratados para realizar procedimentos do PAB. Nos municípios de Buritis e Unaí, foi verificado que o gestor possui autonomia relativa, enquanto em Cabeceira Grande, há predominância da intervenção da administração municipal nas decisões.

Em nenhum dos municípios pesquisados foi verificada a existência de auditoria dos prestadores de serviços contratados quanto aos procedimentos do PAB. Parece também que a razão para a pouca autonomia dos gestores de saúde no controle e avaliação dos prestadores de serviços deve-se à centralização financeira da administração municipal.

De uma forma geral, a dimensão de mecanismos de controle e avaliação da gestão da atenção básica apresentou resultados próximos para os três municípios. O quadro 9 apresenta a porcentagem de repostas obtidas em cada município de acordo com a gradação utilizada.

Nesta dimensão, a porcentagem final de respostas em grau intermediário (55,56%) foi próxima do grau incipiente (44,44%). Buritis e Unaí apresentaram todas as respostas semelhantes, e Cabeceira Grande diferenciou-se destes municípios em apenas uma resposta. Isso nos leva a deduzir que estes municípios passam por problemas parecidos e ainda não resolvidos. Talvez, a aplicação de auditorias e medidas que estimulem a descentralização financeira, técnica e administrativa, pelas esferas estadual e federal, possa contribuir para o avanço do controle e avaliação nestes municípios.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	33,33%	66,67%	33,33%	44,44%
Grau Intermediário	66,67%	33,33%	66,67%	55,56%
Grau Avançado	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 9: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão mecanismos de controle e avaliação, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

A dimensão desenvolvimento das ações básicas de vigilância foi a próxima a ser avaliada. Foram realizadas somente duas verificações com relação a esta dimensão, conforme pode ser observado no quadro 10.

Verificações	Tipo de gestão encontrada		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
18	Intermediária	Intermediária	Intermediária
19	Intermediária	Intermediária	Intermediária

Quadro 10: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão desenvolvimento das ações básicas de vigilância, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa.

Notou-se com relação aos serviços de vigilância em saúde, que nos três municípios existe organização para as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e que a vigilância ambiental ainda está em caráter de implantação a nível do Estado de Minas Gerais. Foi verificado que existe legislação municipal específica e utilização de um plano de ação para o planejamento nos três municípios para os serviços das duas vigilâncias existentes. O quadro 11 apresenta os resultados desta dimensão avaliada.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	0%	0%	0%	0%
Grau Intermediário	100%	100%	100%	100%
Grau Avançado	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 11: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão desenvolvimento das ações básicas de vigilância, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme pode ser observado no quadro 11, os três municípios caracterizaram um processo de gestão da atenção básica em grau intermediário. É notada a falta de organização somente dos serviços de vigilância ambiental nos três municípios.

Espera-se que quando este serviço estiver instalado, que todas as vigilâncias avaliadas possam avançar em suas ações em prol da saúde dos cidadãos.

A próxima dimensão avaliada foi a administração e o desenvolvimento dos recursos humanos. O quadro 12 apresenta os resultados obtidos.

A verificação nº 20 referiu-se à realização de capacitação introdutória e de atividades de educação permanente para as equipes que desenvolvem as ações de atenção básica.

Verificou-se que os três municípios encontram-se incipientes quanto a esta avaliação. Parece que existe ainda uma falta de mobilização dos gestores para promover a capacitação e a educação permanente dos profissionais no próprio local de trabalho, conforme recomenda a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Verificações	Tipo de gestão encontrada		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
20	Incipiente	Incipiente	Incipiente
21	Intermediária	Incipiente	Incipiente
22	Incipiente	Incipiente	Incipiente

Quadro 12: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão administração e desenvolvimento dos recursos humanos, 2006. Tipo de gestão encontrada. Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à participação das equipes de saúde no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas Unidades de Saúde e no Sistema Municipal de Saúde (verificação nº 21), o município de Buritis é o único em que as equipes participam dos processos de planejamento das atividades nas Unidades de Saúde, sendo que isso não ocorreu nos outros dois municípios.

A participação no desenvolvimento das ações de saúde é realizada nos três municípios, e a avaliação em nenhum deles. Logo, Buritis apresentou um resultado intermediário, e Unaí e Cabeceira Grande, resultados incipientes. Parece que esses resultados podem ser fruto de um processo de trabalho em que o planejamento e a avaliação estão centrados nas instituições de gestão. Talvez seja necessária uma atualização da NOB/96 (BRASIL, 1997) pela esfera federal, redefinindo uma nova hierarquização de gestores do SUS e responsabilizando os profissionais da ponta do Sistema de Saúde pela gestão, incluindo procedimentos de planejamento, e avaliação das ações executadas.

Apesar de existir uma tendência nos três municípios em predominar a efetivação dos funcionários, devido aos encargos financeiros que os funcionários contratados podem trazer aos municípios, a intervenção do governo municipal estende-se não somente à administração e desenvolvimento dos recursos humanos contratados, mas também aos efetivos. Esse fato foi evidenciado na verificação nº 22.

Quanto ao ato do gestor recrutar, selecionar, contratar, administrar e definir a remuneração dos profissionais, foi verificado que os gestores, em Buritis e Unaí, recrutam e administram os recursos humanos, e em Cabeceira Grande, o gestor apenas os administra.

Estas respostas caracterizam um grau incipiente quanto à administração e o desenvolvimento dos recursos humanos nos três municípios.

Os atos de seleção, contratação e decisão de remuneração são feitos pelo poder executivo nos três municípios, isso demonstra uma centralização do poder decisório no poder executivo municipal. Parece haver a assunção de uma postura da administração municipal com os recursos humanos da área de saúde, semelhante àquela estabelecida com os prestadores de serviço, conforme descrito anteriormente.

O quadro 13 apresenta o consolidado da dimensão administração e desenvolvimento dos recursos humanos.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	66,67%	100%	100%	88,89%
Grau Intermediário	33,33%	0%	0%	11,11%
Grau Avançado	0%	0%	0%	0%

Total	100%	100%	100%	100%
-------	------	------	------	------

Quadro 13: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão administração e desenvolvimento dos recursos humanos, 2006. Fonte: Dados da Pesquisa

A dimensão administração e desenvolvimento de recursos humanos foi a que apresentou a maior porcentagem de respostas em grau incipiente (88,89%) nos três municípios. Observa-se que Cabeceira Grande e Unaí possuem todas as respostas caracterizando um grau incipiente de gestão, e em Buritis, somente uma resposta foi considerada intermediária.

Os três municípios demonstram gradação incipiente, devido a isso faz-se necessário repensar a forma de relacionamento entre a gestão e os recursos humanos da saúde, buscando o estabelecimento de um vínculo maior, e por conseqüência, gerar maior motivação e inserção ativa dos profissionais nos processos de trabalho da atenção básica.

Outro ponto essencial para promover o avanço na administração e no desenvolvimento dos recursos humanos seria descentralizar o poder decisório para o gestor de saúde. A última dimensão avaliada foi o controle social. O quadro 14 apresenta os resultados obtidos para as duas verificações aplicadas para esta dimensão.

Verificações	Tipo de gestão encontrada		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
23	Intermediária	Intermediária	Avançada
24	Incipiente	Incipiente	Avançada

Quadro 14: Tipo de gestão de atenção básica encontrada em Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a verificação realizada para a dimensão controle social, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

A verificação nº 23 abordou a implantação, a implementação e a garantia de funcionamento dos Conselhos de Saúde. Foi verificado que o Conselho de Saúde está implantado e implementado nos três municípios, e somente em Unaí há garantia de funcionamento deste órgão de controle social. Foi verificado em Buritis e Cabeceira Grande, falta de regularidade de suas atividades e falta de estrutura física para seu funcionamento.

Desta forma, Buritis e Cabeceira Grande foram caracterizados quanto a esta verificação com uma gestão intermediária, e Unaí, como uma gestão avançada.

Com relação à participação do Conselho de Saúde na gestão da atenção básica (verificação nº 24), Unaí avançou após a criação de comissões de conselheiros para acompanhar e avaliar o trabalho não apenas da atenção básica, mas dos diversos setores de saúde. Já em Buritis e Cabeceira Grande, foi observado que o Conselho de Saúde limita-se à aprovação de relatórios do setor de saúde. O quadro 15 apresenta os resultados obtidos com relação à dimensão e ao controle social.

Nesta dimensão há praticamente uma distribuição uniforme da porcentagem de respostas nos graus incipientes, intermediário e avançado. Os dados do quadro 15 incitam a reflexão para as estruturas dos Conselhos de Saúde de Buritis e Cabeceira Grande. Essas atuações incipientes do Conselho de Saúde contrariam as recomendações para o seu funcionamento, apresentadas na resolução Nº 333, de 4 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Faz-se, portanto, necessário uma atualização e empenho dos gestores locais para adequarem as estruturas dos Conselhos de Saúde às recomendações oficiais.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	50%	50%	0%	33,33%
Grau	50%	50%	0%	33,34%

Intermediário				
Grau Avançado	0%	0%	100%	33,33%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 15: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para a dimensão controle social, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

O quadro 16 apresenta um consolidado geral de todas as verificações de acordo com a gradação utilizada.

Gradação	Municípios			Porcentagem Total de Respostas
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí	
Grau Incipiente	16,67%	41,67%	25%	27,78%
Grau Intermediário	45,83%	45,83%	45,83%	45,83%
Grau Avançado	37,5%	12,5%	29,17%	26,39%
Total	100%	100%	100%	100%

Quadro 16: Porcentagens de respostas encontradas nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, de acordo com a gradação utilizada para todas as dimensões avaliadas, 2012. Fonte: Dados da Pesquisa

Através dos dados encontrados, verifica-se que os três municípios possuem graus diversificados no desenvolvimento da gestão da atenção básica, com predomínio de grau intermediário (45,83%), incipiente (27,78%) e avançado (26,39%) respectivamente.

As porcentagem de grau incipiente e avançado foi quase igual, e a porcentagem de respostas com grau intermediário, indicando processos em construção, foi igual para os três municípios.

Buritis foi o município que teve o maior número de respostas com gradação avançada (37,5%). Talvez isso possa ser explicado por este município ter sido habilitado na ocasião da NOAS 01/02 (BRASIL, 2001 e 2002) na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o que requereu responsabilidades maiores na gestão da atenção básica, quando comparadas com os municípios de Cabeceira Grande e Unaí, que foram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Cabeceira Grande teve significativa porcentagem de respostas no grau incipiente (41,67%), quase próximo da porcentagem de respostas do grau intermediário (45,83%). Parece que este município necessita de sérias revisões e imediato aperfeiçoamento no processo de gestão da atenção básica, haja vista que todos os municípios brasileiros estão atualmente habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a nova política do SUS: o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

Um fato interessante deve ser ressaltado com relação a Buritis e Unaí. Buritis teve a construção do seu primeiro Posto de Saúde pela Prefeitura antecedendo ao de Unaí, conforme apresentado no referencial teórico. O mesmo ocorreu também com relação à habilitação destes municípios de acordo com a NOAS 01/02 (BRASIL, 2001 e 2002), ou seja, Buritis foi habilitado em uma modalidade que exigia responsabilidades maiores do que aquela que Unaí habilitou-se no SUS.

Parece que a mesma tendência está acontecendo com relação à gestão da atenção básica, isto é, o município de Buritis está mais estruturado do que o de Unaí. Talvez isso possa ser explicado por Buritis ter adotado a estratégia saúde da família para organizar a atenção básica, requerendo, por consequência, mais organização dos processos de gestão da atenção básica.

Como o município de Unaí, é sede da microrregião do noroeste de Minas Gerais, faz se necessário, portanto, aperfeiçoar seu processo de gestão da atenção básica para que possa também oferecer no futuro, serviços de média e alta complexidade estruturados.

6 CONCLUSÕES

A gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí estruturam-se com predominância de uma gestão em grau intermediário. Os municípios se diferenciam com relação ao avanço ou dificuldade no desenvolvimento dos processos de gestão, caracterizando assim, gestões avançadas e incipientes para alguns elementos avaliados.

Entre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento dos processos de gestão estão a centralização político-técnico-administrativa-financeira na administração municipal nos três municípios, principalmente com relação a tomada de decisões que envolvam prestadores de serviços e recursos humanos.

Entre as ações que são executadas na gestão da atenção básica nos três municípios concluiu-se especificamente para as verificações realizadas que:

- todos elaboraram o Plano de Saúde quadrienalmente, a falta de revisão e atualização do plano em Cabeceira Grande e Unaí traduzem a idéia de que ele é entendido apenas como um instrumento normativo na prática de gestão da atenção básica;
- os três municípios possuem diferentes estágios de gestão da atenção básica quanto à utilização de informações locais para o planejamento municipal;
- as responsabilidades do município com relação à atenção básica, divulgadas nas leis e documentos publicados pela esfera federal e estadual são utilizados no planejamento local nos três municípios;
- Buritis e Unaí apresentaram resultados opostos ao de Cabeceira Grande quanto à discussão e aprovação do Relatório de Gestão no Conselho Municipal de Saúde;
- o cadastramento das unidades ambulatoriais com serviço de atenção básica sujeitas a fiscalização da VISA ocorre nos três municípios;
- parece que Buritis organiza-se melhor para articular a atenção básica com outros níveis de complexidade;

- existe referenciamento da atenção básica para os serviços de maior complexidade, porém, a contra referência ainda é inexistente nos três municípios;
- somente Buritis cumpriu todas as necessidades apontadas no PDR relacionadas à atenção básica;
- os três municípios apresentaram dificuldade para coordenar os serviços das unidades privadas contratadas de forma complementar aos serviços básicos municipais;
- Buritis e Cabeceira Grande operacionalizam melhor a atenção básica por predominar a utilização da estratégia de saúde da família na organização dos serviços;
- nenhum dos três municípios possui grau avançado quanto à operacionalização do cartão SUS na atenção básica;
- os três municípios alimentam mensalmente o SIAB, SIM, SINASC, SIA, SINAM, SISVAN e SIH, e outros sistemas que se relacionam com a atenção básica;
- Unaí foi o único município que possuiu grau avançado quanto à utilização da VISA para fiscalização de estabelecimentos de saúde com os serviços básicos;
- os três municípios apresentaram grau intermediário quanto ao poder do gestor municipal em ordenar as despesas das Secretarias de Saúde, gerenciar os recursos destinados à atenção básica e utilizar instrumentos contábeis para operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde;
- os indicadores da atenção básica propostos no Pacto da Atenção Básica não são utilizados para elaboração de normas, rotinas, fluxo de controle e avaliação dos serviços básicos nos três municípios, e conseqüentemente, os profissionais de saúde não avaliam as ações que executam;
- nos três municípios não há auditoria aos prestadores de serviços contratados quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB;
- com relação aos serviços de vigilância em saúde que se relacionam com atenção básica, existem serviços das vigilâncias sanitária e epidemiológica nos três municípios, e inexistência de serviços de vigilância ambiental;
- não está sendo realizada capacitação introdutória e educação permanente para os profissionais que atuam na atenção básica nos três municípios;
- os três municípios possuem uma gestão incipiente quanto ao ato do gestor recrutar, selecionar, contratar, administrar e definir a remuneração dos profissionais da atenção

básica; - o Conselho de Saúde está implantado nos três municípios, sendo verificado em Unaí a participação nos processos de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações e dos serviços básicos de saúde.

Entre os instrumentos associados à gestão da atenção básica nos municípios pesquisados foram encontrados a utilização do Plano de Saúde, das leis e documentos publicados pela esfera federal e do Estado de Minas Gerais, do Relatório de Gestão, do cadastro de estabelecimentos sujeitos à fiscalização da VISA, a PPI estadual, dos Sistemas de informação SIM, SINASC, SIA, SINAM, SISVAN, SIH e SIAB, de instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde, de legislações municipais para as vigilâncias epidemiológica e sanitária, de resoluções e atas do Conselho de Saúde e de Conferências de Saúde.

Considerando que o conhecimento é um dos fatores necessários para a implementação de ações e instrumentos de atenção básica, as respostas com grau incipiente poderiam estar ligadas a um possível desconhecimento do gestor quanto ao item pesquisado.

Nesta pesquisa, a maior quantidade de resultados em grau incipiente referiu-se à dimensão administração e desenvolvimento de recursos humanos nos três municípios. O município de Cabeceira Grande foi aquele que obteve a maior quantidade de respostas em grau incipiente. Por outro lado, a dimensão desenvolvimento de ações básicas de vigilância foi a única que não apresentou nenhuma resposta com gradação incipiente nos três municípios, podendo indicar um maior conhecimento quanto aos itens relativos a esta dimensão.

Em relação a gestão da atenção básica concluiu-se que houve um predomínio de uma gestão intermediária nos municípios, sendo necessários esforços contínuos, tanto no sentido político quanto administrativo, técnico e financeiro, para a consolidação dos serviços básicos de saúde.

7 RECOMENDAÇÕES

Neste tópico são apresentadas algumas recomendações genéricas e específicas, que contribuirão para melhorar a gestão da atenção básica nos três municípios pesquisados, e por conseqüência, dos respectivos Sistemas Locais de Saúde. As recomendações abaixo são comuns aos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí:

- organizar os serviços básicos para atendimento da contra referência;
- coordenar as unidades privadas que ainda participa de forma complementar aos serviços básicos municipais;
- descentralizar o poder político-técnico-administrativo para o gestor municipal de saúde gerenciar os recursos financeiros para a atenção básica;
- otimizar a utilização dos indicadores do Pacto da Atenção Básica nos processos de planejamento dos serviços e ações básicas de saúde;
- inserir os indicadores do Pacto da Atenção Básica nos Planos Municipais de Saúde;
- utilizar com maior freqüência os indicadores do Pacto da Atenção Básica para avaliação das ações de saúde;
- implantar e elaborar um Plano de Ação para os serviços de vigilância ambiental;
- promover a educação permanente dos profissionais que prestam serviços de atenção básica;
- descentralizar o poder político-técnico-administrativo-financeiro para o gestor municipal de saúde recrutar, selecionar, contratar e administrar os recursos humanos ligados à atenção básica.

As recomendações, a seguir, são específicas à gestão da atenção básica de cada município que participou desta pesquisa. As orientações para Buritis são:

- definir metas para a operacionalização do cartão SUS;
- utilizar o SIA/SUS como instrumento de observação para fiscalização da VISA;

- criar condições para promover auditoria dos prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB;
- envolver os profissionais na avaliação das ações básicas de saúde;
- criar condições para garantir o funcionamento permanente do Conselho Municipal de Saúde;
- e incentivar a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de planejamento e desenvolvimento das ações e serviços básicos de saúde.

As recomendações específicas para o município de Cabeceira Grande são:

- atualizar permanentemente o Plano Municipal de Saúde;
- utilizar informações de como se distribui a população no território, e as causas mais frequentes de adoecimento e morte, para efeitos de planejamento das ações e serviços básicos de saúde;
- considerar as leis municipais relacionadas à área de saúde para o planejamento das ações básicas de saúde;
- discutir o Relatório Anual de Gestão no Conselho Municipal de Saúde e utilizá-lo como subsídio para novos planejamentos relacionados à atenção básica;
- elaborar a Programação Anual Municipal, abordando a questão do referenciamento da população dos serviços básicos até outros níveis de atenção em saúde;
- incluir na atenção básica as estruturas, as ações e os serviços para atender os pacientes com distúrbios mentais e psicossociais;
- definir metas para a implantação e operacionalização do cartão SUS;
- realizar ações de fiscalização da VISA em estabelecimentos da rede ambulatorial utilizar o SIA/SUS como instrumento de observação;
- descentralizar o poder político-técnico-administrativo-financeiro para o gestor municipal de saúde definir a forma de contratação, contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB;- envolver os profissionais no planejamento e avaliação das atividades básicas de saúde;
- criar condições para garantir o funcionamento constante do Conselho Municipal de Saúde;

- e estimular a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de planejamento e desenvolvimento das ações e serviços básicos de saúde.

As últimas recomendações são aplicáveis especificamente ao município de Unai:

- atualizar com maior frequência o Plano Municipal de Saúde;
- utilizar informações de como se distribui a população no território para efeitos de planejamento das ações e dos serviços básicos de saúde;
- elaborar a Programação Anual Municipal abordando a questão do referenciamento da população dos serviços básicos até outros níveis de atenção em saúde;
- incluir na atenção básica as estruturas, as ações e os serviços para atender os pacientes com distúrbios mentais e psicossociais;
- definir as áreas de abrangência para o trabalho dos profissionais de saúde e efetuar o cadastramento da população na UBS existente ou a ser instalada em cada área;
- definir metas para a implantação e operacionalização do cartão SUS;
- criar condições para promover auditoria dos prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB;
- e envolver os profissionais no planejamento e na avaliação das atividades básicas de saúde do município.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BEZERRA, R.C.R.; BARRETO, I.C.H.C. **O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

CAPRA, FRITJOF. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA R. E. **Sistema Único de Saúde: princípios.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

GONÇALVES, M. T. **Hunay de ontem e Unai de hoje.** Belo Horizonte: Arte Quintal, 1990, 630 p.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em: 05 março. 2012

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990a.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei8080_19_09_90.pdf> Acesso em: 01 fev. 2012.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 1990b.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei8142_28_12_90.pdf> Acesso em: 01 fev. 2012.

Lei nº 2186, de 30 de janeiro de 2004. Dispõe sobre os cargos e carreiras dos serviços de saúde do poder executivo e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Unai, Unai, MG, 30 jan. 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 40 p.

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica / NOB-96**. Brasília: 1997. 34 p. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/nob96.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2012.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS 2001). Série A. Normas e manuais técnicos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001a. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/noas_2001.pdf> Acesso em: 01 fev. 2012.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS 2002). Série A. Normas e manuais técnicos**. 2. ed. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/noas_2002.pdf> Acesso em: 01 fev. 2012.

Ministério da Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

Ministério da Saúde. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a relação de indicadores da atenção básica – 2005, constante no anexo I da portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 jan. 2005c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria021_05_01_05.pdf> Acesso em: 01 fev.2012

Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sas/legislacao.php>> Acesso em: 05 abr. 2012.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, 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 para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria648.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2012.

OLIVEIRA MELLO, A. **Unaí: rumo às veredas urucuianas.** Unaí: Prefeitura Municipal de Unaí, 1988, 264 p.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 473-487.

PIMENTA, A. L. **Atenção Básica como Eixo Estruturante do Sistema Local de Saúde de Amparo-SP.** Série Conasems – Saberes e Práticas da gestão municipal. Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 32, p. 36-45, maio 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ – MG. **Guia turístico de Unaí – MG 2010-2011.** Unaí: Diplomata, 2004.

Secretaria Municipal da Fazenda e Planejamento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil: diagnóstico do município de Unaí. Unaí, 2010.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

UNAÍ. **Lei nº 2080, de 3 de janeiro de 2003**. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Cargos e Carreiras da Prefeitura Municipal de Unaí-MG, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Unaí, MG, 3 jan. 2003.