

Caracterização da Atenção Básica em três municípios de Minas Gerais, Brasil: Uma análise de casos*

Primary health care characteristics in three cities of Minas Gerais, Brazil: An analysis of cases

Caracterización de Atención Primaria de salud en tres municipios de Minas Gerais, Brasil: Un analisis de los casos

Luciano José Arantes¹
João Patrício Hoebert²
Elcana Vaz da Silva³
Helena Eri Shimizu⁴
Maria Fátima de Sousa⁵
Márcio Florentino Pereira⁶

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo estudar como se caracteriza a atenção básica em três municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil. Buscou-se compreender o contexto local, a estrutura e a gestão da atenção básica nos municípios pesquisados. As técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram a pesquisa documental e a entrevista com os gestores locais. Os dados coletados foram analisados de acordo com a legislação brasileira para desenvolvimento da atenção básica. Foi identificado que os municípios assumem a atenção básica de forma diferenciada. A característica da política e da administração local foi considerada um ponto que parece permear tanto o contexto de desenvolvimento da atenção básica quanto sua forma de estruturação e da gestão.

Palavras - chave: Saúde Pública, Atenção Básica, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This work aimed to study how primary health care is characterized in three municipalities in the state of Minas Gerais, Brazil, concerning the local context, structure, and management of primary health care. The

¹ Cirurgião Dentista, Especialista em Saúde Coletiva pela UnB e Mestre em Ciências da Saúde pela UnB. lucianoj.odonto@uol.com.br

² Cirurgião Dentista e Especialista em Saúde Coletiva pela UnB.

³ Historiadora e Especialista em Saúde Coletiva pela UnB.

⁴ Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela USP. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pesquisadora junto ao núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM). shimizu@unb.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB e mestre em Ciências Sociais pela UFPB. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pesquisadora junto ao núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM). fatimasousa@unb.br

⁶ Cirurgião Dentista. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela UnB. Professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pesquisador junto ao núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM). mfpereira@unb.br

techniques used for data collection were the documentary research and the interview with the local managers. The collected data were analyzed according to the Brazilian legislation for development of primary health care. It was identified that municipalities deal with primary health care differently. The characteristic of politics and local government was considered a point that seems to permeate both the context of development of primary health care as their means of structuring and management.

Key words: Public Health, Primary Health Care, Health Management.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo estudiar la forma en que la atención primaria de salud se caracteriza en tres municipios de Minas Gerais, Brasil. Hemos tratado de comprender el contexto local, la estructura y la gestión de la atención primaria en los municipios pesquisados. Las técnicas utilizadas para la colecta de datos fueron la investigación documental y la entrevista con los gestores locales. Los datos obtenidos fueron analizados de acuerdo con la legislación brasileña para el desarrollo de la atención primaria. Se identificó que los municipios asumen la atención primaria de salud de manera distinta. La característica de la política y del gobierno local fue considerada un punto que parece permear tanto en el contexto del desarrollo de la atención primaria como su forma de estructuración y gestión.

Palabras clave: Salud Pública, Atención Primaria de Salud, Gestión en Salud

INTRODUÇÃO

A atenção básica é considerada o primeiro

nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e pode garantir a resolução de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município¹. A atenção básica envolve um conjunto de ações que podem estar relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e apoio à reabilitação dos usuários, tanto a nível individual quanto coletivo.

Starfield considera a atenção básica como a "porta de entrada" do usuário em um Sistema de Saúde². No SUS, ela envolve as especialidades básicas da saúde, como a clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, saúde bucal e as emergências referentes a essas áreas³. 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 saúde⁴. 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, uma estratégia de trabalho na Atenção Básica com foco na unidade familiar, denominado de Programa Saúde da Família (PSF). Com a implantação e o desenvolvimento do PSF nos municípios brasileiros, tem-se observado que esta estratégia tem contribuído para a estruturação da rede de atenção básica e a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), conforme a experiência ocorrida no município de Amparo – SP⁵. Segundo Andrade e colaboradores, esta estratégia contribui para

a consolidação dos serviços básicos, e está centrada numa visão de saúde como qualidade de vida⁶. Quanto à organização de seu processo de trabalho, possui como objeto de seu trabalho a saúde da comunidade, o que contribui para a expansão do consumo dos serviços básicos de saúde, garantindo inclusive o atendimento da demanda espontânea⁷.

Embora sejam feitas tentativas para o avanço da atenção básica no Brasil, é necessário considerar que os municípios, cenários destas iniciativas, possuem diversos contextos históricos, sociais, econômicos, políticos e culturais, causando assim, um desenvolvimento diferenciado deste tipo de atenção. Diante da importância da atenção básica à saúde como um direito dos cidadãos, a realização de estudos científicos que avaliem e monitorem como ela está estruturada nos municípios brasileiros contribuem para entender, discutir e levantar propostas para seu aperfeiçoamento e consolidação.

Este trabalho teve, portanto, o objetivo de estudar como se caracteriza a atenção básica em uma amostra de três municípios brasileiros do Estado de Minas Gerais: Buritis, Cabeceira Grande e Unai, até o período de julho de 2006. Esta caracterização envolveu a identificação do contexto local, da estrutura e da gestão da atenção básica nos três municípios.

MÉTODOS

Esse estudo possui um caráter exploratório de natureza qualitativa quanto à caracterização da atenção básica. Os municípios escolhidos para comporem a amostra possuem algumas características em comum, como estarem situados geograficamente no estado de Minas Gerais, na sua microrregião noroeste e fazerem parte da Região Integrada para

Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

Com a transferência da capital federal para o Distrito Federal, esses municípios tornaram-se parte de sua área de referência e passaram a fazer parte da RIDE. O fato de pertencerem à RIDE faz com que esses municípios tenham a oportunidade de receberem mais investimentos para o desenvolvimento de seus Sistemas de Saúde, além daqueles oriundos do estado de Minas Gerais. Segundo um diagnóstico realizado pela RIDE, muitos problemas de saúde que ocorrem nos municípios do entorno do Distrito Federal poderiam ser evitados se os municípios tivessem uma atenção básica melhor estruturada⁸.

A escolha de municípios no mesmo país, estado, microrregião estadual e da região do entorno faz com que esses municípios possuam em comum o fato de estarem submetidos às mesmas esferas superiores de gestão. Pelo menos, a princípio, eles possuem em comum a oportunidade de serem participantes dos mesmos processos de negociação para desenvolvimento da atenção básica local.

O estudo utilizou como técnicas para a obtenção de dados a análise documental e a entrevista com o gestor municipal de saúde, também reconhecido como Secretário Municipal de Saúde. Tal escolha é justificada por ele ser o responsável pelo desenvolvimento do SILOS.

A pesquisa ocorreu nos meses de maio e julho de 2006 e respeitou o consentimento livre e esclarecido, a concordância na participação da pesquisa e o sigilo dos participantes, de acordo com os princípios éticos.

Foi elaborado um questionário semi-estruturado para a coleta de dados, que buscou caracterizar os municípios por meio do entendimento do contexto local, da estrutura da atenção básica nos municípios (número de unidades de acordo com o tipo, principais ações e profissionais) e da gestão da atenção básica (existência de coordenação municipal

da atenção básica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, coordenação municipal do PSF e de gerentes nas Unidades de Saúde, organização territorial adotada para a implementação da atenção básica no município, financiamento, pactuação entre os municípios, Conselho Municipal de Saúde e realização de Conferências de Saúde).

Os documentos escolhidos para análise apresentaram dados sobre a história dos municípios e a organização de seus serviços de saúde.

A consolidação dos dados do questionário foi realizada em tabelas do *Word* e sua análise com base em documentos que regem a atenção básica a nível nacional no SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados obtidos com a aplicação do questionário nos três municípios pesquisados.

Tabela 1: Contexto local dos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, 2006.

Item Caracterizado	Municípios		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
Ano da Instalação	1963	1997	1943
Área territorial	5.219 km ²	1.026 km ²	8.464 km ²
Distância de Brasília	280 km	130 km	165 km
Distância da capital mineira	722 km	639 km	580 km
População estimada*	21.636	6.427	75.299
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,733	0,73	0,812
Atividade econômica predominante	Agropecuária	Agropecuária	Agropecuária
Instalação do 1º Posto de Saúde pela Prefeitura	Década de 1960	1997	1981

* População estimada segundo dados do IBGE no ano de 2006.

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 2: Estrutura de atenção básica dos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, 2006.

Item Caracterizado	Municípios		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unaí
Nº de Unidades Básicas de Saúde (UBS)	06	02	11
Nº de Unidades Móveis de Saúde	02	-	01
Nº de Equipes de PSF	06	02	06
Cobertura da população com o PSF	100%	100%	27%

Ações de Atenção Básica	Controle da Tuberculose	Controle da Hipertensão Arterial	Controle da Tuberculose
	Eliminação da Hanseníase	Controle da Hipertensão Arterial	Eliminação da Hanseníase
	Controle da Hipertensão Arterial	Eliminação da	Controle da
	Eliminação da	Desnutrição Infantil	Hipertensão Arterial
	Desnutrição Infantil	Saúde da Criança	Eliminação da
	Saúde da Criança	Saúde da Mulher	Desnutrição Infantil
	Saúde da Mulher	Saúde Bucal	Saúde da Criança
	Saúde Bucal	Saúde do Idoso	Saúde da Mulher
Saúde do Idoso	Promoção da Saúde	Saúde Bucal	
Promoção da Saúde		Saúde do Idoso	
		Promoção da Saúde	
Profissões na Atenção Básica em Comum	Médico Clínico Geral, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde		

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 3: Gestão da atenção básica nos municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unai, 2006.

Item Caracterizado	Municípios		
	Buritis	Cabeceira Grande	Unai
Coordenação da Atenção Básica definida no organograma do Sistema Municipal de Saúde	Sim	Não	Sim
Coordenação da Atenção Básica	Existência de Coordenação da Atenção Básica e do PSF distintas, sem gerentes formalizados nas Unidades de Saúde	Não há Coordenador da Atenção Básica e no PSF. Gerência das Unidades de Saúde sob responsabilidade dos enfermeiros do PSF	Existência de Coordenação do PSF e não há gerentes nas Unidades de Saúde
Organização Territorial adotada	Microáreas	Microáreas	Microáreas somente para áreas cobertas pelo PSF
Compatibilidade dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) e as necessidades do município	Não	Não	Não
Prestação de contas dos recursos para Atenção Básica		Conselho Municipal de Saúde	
Pactuação entre os municípios	Sim	Sim	Sim
Habilitação de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
Conselho de Saúde	Existente	Existente	Existente
Quantidade de Conferências de Saúde	03	03	02

Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dos dados coletados parte da ideia de que alguns elementos ligados ao contexto, à estrutura e à gestão podem influenciar no desenvolvimento da atenção básica local.

Seria lógico, mas ingênuo, pensar que quanto mais antigo o município, mais bem estruturado deveria estar seu Sistema de Saúde. Se essa afirmação fosse uma verdade, Unai deveria ser o município entre os pesquisados com melhor estruturação da atenção básica. Um dado que permite contrariar essa hipótese é que Unai não possui 100% de cobertura de sua população com a Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme orientava as publicações da esfera federal anteriores ao período da pesquisa: Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997⁹ e o Manual para Organização da Atenção Básica¹⁰. Logo, o tempo de história não deve ser um fator olhado com exclusividade para definir a estruturação da atenção básica. Outros fatores parecem contribuir para as diferentes conformações da atenção básica.

Não é possível também estabelecer uma relação clara entre o fato de Unai possuir maior área territorial, população e IDH e não apresentar a melhor estrutura para a atenção básica, que seria uma cobertura com 100% de seu território com a ESF. É interessante pontuar que o fato de ter a maior área territorial e população pode trazer maior dificuldade de expansão da cobertura com da ESF em Unai. Tal fato é agravado por este município ser o terceiro maior do Estado de Minas Gerais em extensão territorial e possuir aproximadamente 20% de sua população residindo no meio rural.

Outro dado interessante nesta pesquisa refere-se ao ano de implantação do primeiro

posto público de saúde. Buritis implantou sua primeira unidade na mesma década de instalação de seu município, enquanto em Unai isso ocorreu quase 40 anos após sua emancipação. Ao fazer uma pesquisa sobre a atenção básica em nações ocidentais industrializadas, Starfield sinalizou que as características da política podem influenciar no desenvolvimento dos Sistemas de Saúde². Tal dado remete à ideia de que a característica da política local em determinada época, como é o caso de Buritis, pode ter contribuído para que a construção de sua primeira Unidade de Saúde ocorresse primeiro do que em Unai, que é um município com maior tempo de instalação. Este raciocínio estende-se a outros dados identificados na pesquisa, como a habilitação daquele município em um tipo de gestão mais avançado (Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde), que exige maiores responsabilidades quanto à atenção básica de acordo com a NOAS³.

Os dados apresentados na pesquisa remetem a um entendimento: o contexto de desenvolvimento da atenção básica respeita as particularidades de cada município. Assim, é difícil estabelecer, no caso dos municípios pesquisados correlações fixas entre os dados coletados e o desenvolvimento da atenção básica.

O modelo de atenção básica adotado por Buritis e Cabeceira Grande até o período da pesquisa foi a ESF e, em Unai, um modelo misto, com a atenção básica tradicional em postos de saúde e o início da ESF (27% de cobertura). Um fato interessante é que nesse processo de incorporação dos municípios à ESF como modelo de atenção básica, nem todos os municípios possuíam Unidades de Saúde

próprias suficientes para a instalação de ESF. Unai e Buritis, por exemplo, alugam residências que são adaptadas para o funcionamento de UBS para a ESF.

Em Minas Gerais parece existir um processo acelerado de expansão da quantidade de equipes de PSF. Contudo o Estado tem detectado que essa expansão não causou melhora nos seus indicadores de saúde, propondo para isso novas estratégias para qualificar as equipes do PSF, como o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde¹¹.

Voltado para a questão da estrutura da atenção básica, percebe-se a preocupação de Buritis e Unai em utilizar Unidade Móvel de Saúde para facilitar o acesso da população residente no meio rural aos serviços de atenção básica. Tal decisão corrobora para que a atenção básica, conforme preconiza Starfield, seja a “porta de entrada” no Sistema de Saúde². Contudo, devido à própria característica deste tipo de Unidade de Saúde (móvel, volante), pode-se dizer que ela funciona como uma “porta de entrada” intermitente, ou seja, apenas quando está disponível diretamente a uma população específica em determinado período. Assim, é inegável que ela constitui-se de uma proposta para ampliar o acesso à atenção básica, contudo, não de forma permanente à população rural.

Com relação às ações de atenção básica proposta na NOAS³ e na Política Nacional de Atenção Básica⁴, os três municípios cumprem a maioria delas. Em Unai há centralização de ações para controle da tuberculose e eliminação da hanseníase em uma unidade específica. Buritis, por outro lado, garante todas as ações na ESF e Cabeceira Grande ainda não executa

essas ações. Isso faz com que esse município não cumpra todas as responsabilidades mínimas de acordo com o tipo de gestão que optou na NOAS: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. A descentralização das ações ligadas à tuberculose e hanseníase para a ESF parece no caso desses municípios depender da formação, educação continuada e estabilidade de contratação dos profissionais para que ocorra permanentemente. Seria, portanto, necessário coletar mais dados que permitissem estabelecer como estas relações ocorrem.

Quanto à coordenação da atenção básica, verificou-se que ela não estava definida no organograma do Sistema de Saúde do município de Cabeceira Grande. Talvez isso possa ser explicado por este município apresentar apenas duas equipes de PSF que atingem 100% de cobertura populacional.

Foi identificado que esta coordenação ocorre de forma diversificada nos três municípios, sendo predominante aquela executada pelo nível central. Neste ponto, é importante destacar a necessidade do enfermeiro assumir a função de gerente na equipe de PSF em que atua. Isso foi detectado em Cabeceira Grande, porém, um outro estudo evidenciou que esta função gerencial do enfermeiro tem-se concentrado na liderança das ações educativas e na resolução de problemas apresentados pelo indivíduo ou comunidade¹².

Um fato notado é que a escolha da ESF como modelo de atenção básica foi capaz de induzir a divisão do território de abrangência da UBS com PSF em microáreas, de forma a facilitar o acesso ao serviço e desenvolver a atenção integral a todos os indivíduos.

Outro fator digno de discussão, responsável pela expansão das equipes de PSF nos municípios é a forma que se deu o financiamento federal para a atenção básica até o período da pesquisa, ou seja, por meio do PAB fixo e variável. O PAB fixo é um incentivo financeiro do governo federal para a atenção básica dos municípios, calculado com base na estimativa da população. É fixado um valor a ser transferido mensalmente por habitante, com a finalidade de ser utilizado no financiamento da atenção básica local. No PAB variável são destinados recursos financeiros específicos para a implantação e auxílio no custeio de estratégias nacionais para a reorganização do modelo de atenção à saúde a nível local, como a ESF⁴.

O interesse dos municípios em aumentar a arrecadação para o investimento e manutenção da atenção básica pode ser um fator que estimulou a decisão de gestores municipais em aderirem a esta estratégia. Apesar da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 especificar a respeito do financiamento, é necessário regulamentar os critérios previstos no seu artigo nº 35 para definir qual proporção a união e estados devem obrigatoriamente investir na saúde¹³. Tal decisão é importante porque poderá contribuir para que os municípios recebam mais recursos financeiros para a atenção básica. A detecção de que não há compatibilidade dos recursos do PAB e as necessidades do município para a atenção básica reforçam a ideia de que o investimento federal na atenção básica precisa aumentar, haja vista ela buscar resolver a maioria dos problemas de saúde da população¹.

Com relação ao controle social, percebe-se um reconhecimento de sua importância para a gestão local do SUS e da atenção básica

por meio do funcionamento dos Conselhos de Saúde e da realização de Conferências de Saúde. A prestação de contas dos recursos para a atenção básica ao Conselho Municipal de Saúde nos três municípios é outro ponto forte que evidencia esta intenção.

Os três municípios organizam-se também com o intuito de garantir a integralidade do atendimento dos seus cidadãos, fazendo pactuações com outros municípios do Estado. Por outro lado, é detectado nesses municípios o referenciamento informal de pessoas para atendimento em Brasília, devido à proximidade geográfica quando comparado com os centros de referência no estado de Minas Gerais. A elaboração de pactuações pela própria RIDE pode ser uma ação que controlaria e limitaria melhor esse fluxo para a capital nacional. A Política do Pacto pela Saúde, inclusive, estimula a pactuação em regiões de saúde, mesmo que seja a nível interestadual¹⁴.

Observando todos os dados apresentados nessa caracterização, seria importante refletir ainda sobre a necessidade de compreender o SUS e a atenção básica não como uma política de governo, mas como uma política de estado. Höfling faz essa colocação como importante para o desenvolvimento das políticas sociais¹⁵. Logo, cada governante no nível municipal poderia contribuir para que a atenção básica fosse melhor estruturada e consolidada a cada administração municipal, buscando garantir o direito dos cidadãos aos serviços e ações básicas de saúde.

Apesar desse trabalho buscar caracterizar a atenção básica dos municípios, o método apresentou limitações na profundidade das informações, o que contribuiria para uma

discussão além dos aspectos aqui iniciados. Outros instrumentos podem ser elaborados com abordagens de pontos não pesquisados neste estudo, o que permitirá um melhor entendimento da atenção básica nos municípios e das possíveis correlações entre os fatos a serem analisados.

CONCLUSÕES

Os dados encontrados reforçam a idéia de que apesar dos municípios estarem sujeitos às mesmas esferas de governo e pertencerem à mesma região, eles possuem um desenvolvimento diferenciado com relação à atenção básica, com influência das particularidades locais. Isso ocorreu tanto historicamente quanto na sua operacionalização. Assim, a característica da política e administração local foi considerada um ponto que parece permear tanto o contexto de desenvolvimento da atenção básica, quanto sua forma de estruturação e da gestão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 726 p.
3. Brasil. 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. 2006.
4. _____. 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. 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria648.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2006.
5. Pimenta AL. Atenção Básica como Eixo Estruturante do Sistema Local de Saúde de Amparo-SP. Saúde para Debate. 2005 Mai; (32): 36-45.
6. Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. Revista de Administração Pública. 2005; 39(2): 327-349.
7. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 473- 487.
8. Secretaria de Desenvolvimento do Centro-Oeste. Proride: Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal; cadernos Centro Oeste. v.1. Brasília: Secretaria de Desenvolvimento do Centro-Oeste; [2005?].
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 dez. 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf> Acesso em: 23 ago. 2006.
10. _____. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 40 p.
11. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG). Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

12. Benito GAV, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da equipe saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007 Mai-Jun; 60(3): 312-6.

13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei8080_19_09_90.pdf> Acesso em: 01 fev. 2006.

14. _____. 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. 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sas/legislacao.php>> Acesso em: 05 abr. 2006.

15. Höfling, EM. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. Cadernos Cedes. 2001 novembro; (55): 31-41.