UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

ALINE DE SOUZA MOSCARDINI

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NAS 30 REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2013-2014

Porto Alegre, 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ALINE DE SOUZA MOSCARDINI

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NAS 30 REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2013-2014

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação me Administração Pública (PNAP). Escola de Administração/UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Tutor Orientador: Luís Fernando Kranz

Porto Alegre, 2015

RESUMO

Introdução: O campo prático da gestão pública de saúde perpassa pela responsabilidade compartilhada dos entes federados no contexto do financiamento com a perspectiva de garantir recursos financeiros para atender aos preceitos legais de saúde. O estudo aborda as adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS com o objetivo de analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS, especificadamente a inserção do 2º Enfermeiro, Médico de Família e Comunidade e Técnico em Saúde Bucal modalidade I, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul. **Método:** Dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais acessados por meio do Formulário Online SUS/FORMSUS. **Resultados:** No ano de 2013 nenhuma região de saúde teve adesão e em 2014 somente quatro regiões não aderiram, totalizando 126 adesões, sendo que a Região Capital/Vale Gravataí teve o maior quantitativo de adesões de Médico de Família e Comunidade e Técnico em Saúde Bucal. **Conclusão:** Ainda há pouca adesão aos incentivos previstos na Resolução Nº 503/2013, tendo em vista o curto período da publicação, pouca divulgação desse incentivo e desconhecimento pela a maioria dos gestores. Recomenda-se, outros estudos que possam analisar os impactos das adesões com a produção de ações em saúde.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The practical field of health public management goes through the shared responsibility of federal entities in the financing of context with the view to ensuring resources financial resources to meet the legal precepts of health. This study addresses adhesions to state financial incentives Resolution No. 503/13 - CIB/RS with order to analyze the distribution of accessions to state financial incentives Resolution 503/13 - CIB/RS, specifically the insertion of second Nurse, Medical Family and Community and Technical Oral Health mode I, in 30 health regions Rio Grande do Sul. **Method:** Data collected of adhesions to state financial incentives accessed through the Online Form SUS/FORMSUS. **Results:** In the year 2013 no health region had membership in 2014 and only four regions have not joined, totaling 126 members, of which the Capital Region / Gravataí Valley had the highest quantity of adhesions Family Medical and Technical and Community Oral Health. **Conclusion:** There is little adherence to the incentives provided for in Resolution No. 503/13, considering the short time of publication, little promotion of this incentive and ignorance by most managers. It is recommended, other studies to analyze the impact of accession to the production of health.

Keyords: Unified Health System . Health Management. Primary Health Care. Family Health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo das adesões aos incentivos estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS, regiões de saúde, RS, 2013-2014..... 25

Tabela 2 - Quantitativo de adesões aos incentivos estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS, por profissional, regiões de saúde, RS, 2014..... 26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Metodologia de trabalho para definição das regiões de saúde..... 11
Figura 2 - Mapa regiões de saúde, RS..... 12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

ASSEDISA: Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde

CEAB: Coordenação Estadual da Atenção Básica

CF: Constituição Federal

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIR: Comissão Intergestores Regional

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica

DAS: Departamento de Ações em Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESB: Estratégia de Saúde Bucal

ESF: Estratégia Saúde da Família

ESFQ: Estratégia de Saúde da Família Quilombola

eSB: Equipes de Saúde Bucal

eSF: Equipes de Saúde da Família

FORMSUS: Formulário Online SUS, serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB

GT: Grupo Técnico de Trabalho

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

MS: Ministério da Saúde

NAAB: Núcleo de Apoio à Atenção Básica

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PAB: Piso da Atenção Básica

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PIES: Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

RENASES: Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RS: Rio Grande do Sul

SES: Secretaria Estadual da Saúde

SF: Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

TCU: Tribunal de Contas da União

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **9**

2 JUSTIFICATIVA **11**

3 OBJETIVOS **14**

3.1 OBJETIVO GERAL 14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14

4 CONTEXTO **15**

4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E REGIONALIZAÇÃO 15
4.2 ATENÇÃO BÁSICA 16
4.3 SAÚDE DA FAMÍLIA 17
4.4 SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO GRANDE DO SUL 18
4.5 FINANCIAMENTO EM SAÚDE 19
4.6 FINANCIAMENTO ESTADUAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA 20

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS **23**

5.1 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA 23
5.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 24

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO **25**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **30**

REFERÊNCIAS **32**

APÊNDICE **37**

ANEXO **49**

1 INTRODUÇÃO

O financiamento em saúde é um tema complexo e abrangente ao mesmo tempo, sendo pauta relevante em todas as esferas gestoras de governo, bem como nas grandes discussões nos espaços de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas discussões são permeadas pela necessidade de garantia de recursos financeiros para atender aos preceitos legais da universalidade e da integralidade, perante a constante situação de fragilidade e restrições vividas no campo orçamentário e financeiro da saúde pública no Brasil.

É evidente a dificuldade de alocar recursos financeiros, de forma consciente e equilibrada, em um país de tantas desigualdades sociais e regionais, sendo um grande desafio para os gestores administrar a saúde.

A mudança inicial é fundamental para novos rumos, no Estado, foi uma decisão política em definir a atenção básica como prioridade de governo e, a partir disso, convergir os diferentes recursos, os esforços e novos processos de trabalho. Considerando que o modelo de financiamento induz o modelo assistencial, o Estado vem apostando nessa lógica.

O anexo da Resolução nº 119/11 – CIB/RS aborda a Nota Técnica sobre a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), que define um conjunto de medidas, articuladas com as políticas federais, de qualificação da atenção básica, as quais incluem o aumento do volume de recursos e a utilização de critérios de distribuição mais compatíveis com o princípio da equidade.

Para fortalecer as medidas, outras Portarias e Resoluções foram emitidas para a destinação de recursos fundo a fundo aos municípios. Dentre elas, a Portaria nº 539/13, da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Rio Grande do Sul (RS), que amplia o incentivo financeiro das equipes de Saúde da Família (eSF), e a Resolução Nº 503/13 – CIB/RS, que qualifica a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a inserção do segundo Enfermeiro, do Médico de Família e Comunidade e do Técnico em Saúde Bucal modalidade II.

Mesmo havendo discussões, propostas e estudos, na linha de financiamento, para a qualificação da atenção básica, ainda existe um déficit de estudos que sistematizam os incentivos estaduais e comparam as diferentes regiões de saúde do Estado, dificultando, assim, estratégias de monitoramento e planejamento das ações voltadas à gestão.

Tais necessidades vêm ao encontro do processo de formação vivenciado durante o Curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Escola de Administração, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Diante disso, é que se apresenta a seguinte questão norteadora da pesquisa: **Qual a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução nº 503/13 – CIB/RS, especificadamente, especificadamente a inserção do 2º Enfermeiro, do Médico de Família e Comunidade e do Técnico em Saúde Bucal, nas 30 regiões de saúde, do estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 2013 a 2014?**

2 JUSTIFICATIVA

A carência de recursos financeiros na área da saúde e, principalmente, na Atenção Básica (AB), é uma realidade em todas as unidades federadas, bem como a dificuldade de gestão, nos municípios, em executar as metas e ações propostas nos planos de saúde e previstas no orçamento.

A partir desse contexto, é que se insere a relevância deste estudo: necessidade de analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais, particularmente, aqueles voltados à Resolução nº 503/13 – CIB/RS, na perspectiva de tencionar, de certa forma, a continuidade e o aumento de tais incentivos.

Atendendo as premissas da regionalização, o estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, definiu as 30 regiões de saúde através de uma metodologia de trabalho a qual pode ser visualizada abaixo:

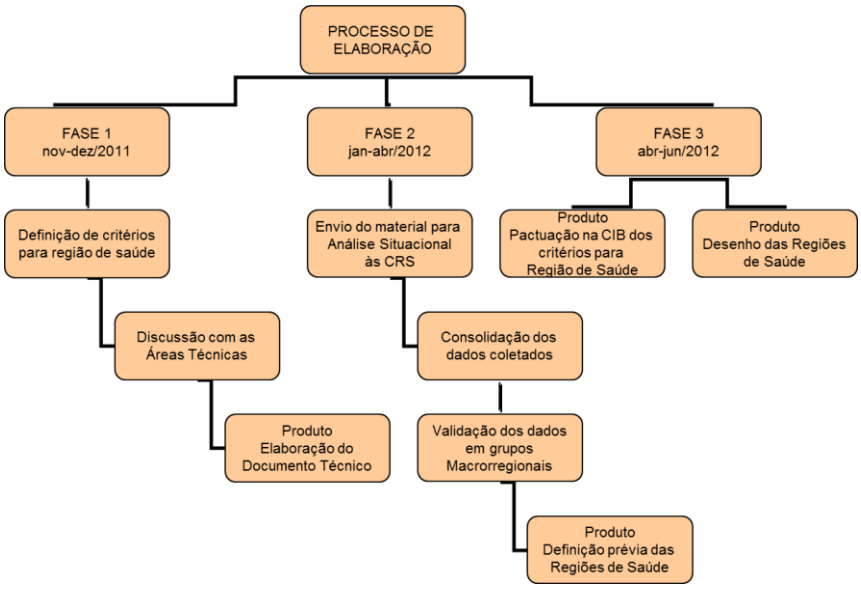

Figura 1 – Metodologia de trabalho para definição das regiões de saúde.
Fonte: Rio Grande do Sul. SES/RS, Assessoria Técnica e de Planejamento, 2011.

As regiões foram distribuídas, considerando a Resolução Nº 555/12 – CIB/RS, em: 01 - Verdes Campos; 02 - Entre Rios; 03 - Fronteira Oeste; 04 - Belas Praias; 05 - Bons Ventos; 06 - V. Paranhana/C. Serra; 07 - Vale dos Sinos; 08 - Vale Caí/Metropolitana; 09 - Carbonífera/Costa Doce; 10 - Capital/Vale Gravataí; 11 - Sete Povos Missões; 12 - Portal das Missões; 13 – Diversidade; 14 - Fronteira Noroeste; 15 - Caminho das Águas; 16 - Alto Uruguai Gaúcho; 17 - Planalto, 18 - Araucárias, 19 - Botucaraí, 20 - Rota da Produção, 21 - Sul, 22 – Pampa; 23 - Caxias e Hortênsias; 24 - Campos de Cima Serra; 25 - Vinhedos e

Basalto; 26 - Uva Vale; 27 - Jacuí Centro; 28 - Vinte e Oito; 29 - Vales e Montanhas; 30 - Vale da Luz.

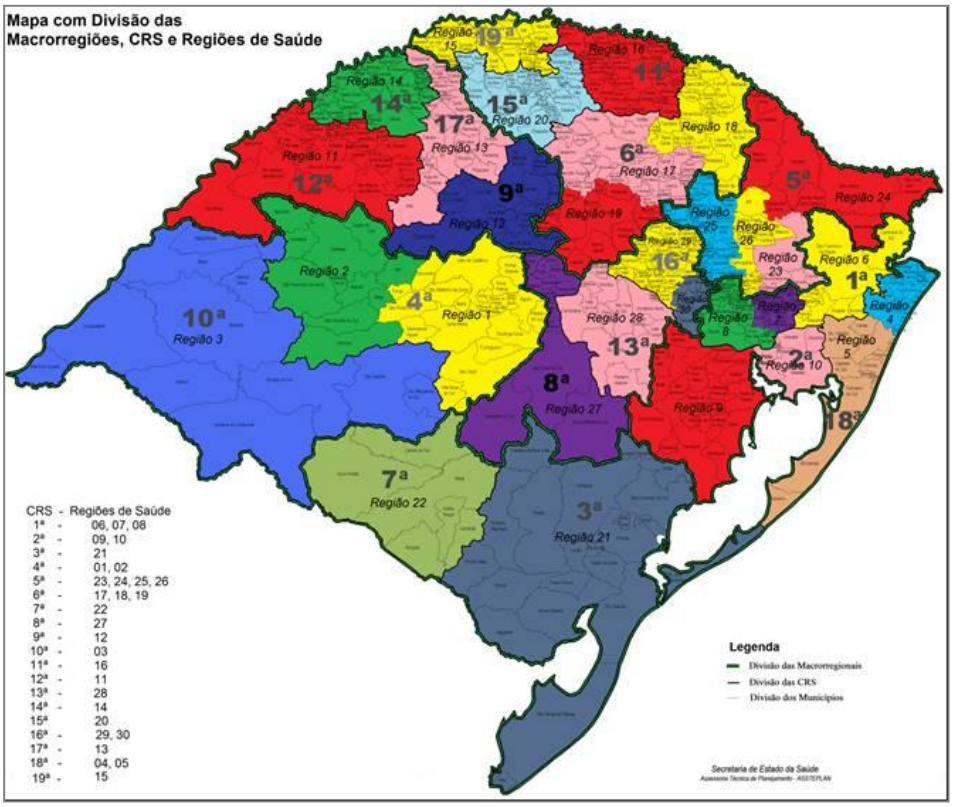

Figura 2 – Mapa regiões de saúde, RS.
Fonte: Rio Grande do Sul. SES/RS, Assestplan – Assessoria de Planejamento, 2011.

A Resolução Nº 499/14 - CIB/RS alterou as configurações dos municípios das regiões 15 – Caminho das Águas, 17 – Planalto e 20 – Rota da Produção, sendo que as demais permaneceram com a mesma formação anterior.

Em consonância às configurações das regiões, um estudo realizado em 2011**,** em Ribeirão Preto, São Paulo, analisou a dinâmica de três colegiados de gestão**,** na perspectiva da regionalização e pactuação, trazendo referência de ganho nos processos tanto de gestão como nos intersubjetivos após a criação dos denominados Colegiados de Gestão Regionais (CARNEIRO et al., 2014).

Um estudo de Silva e Gomes (2014) propôs-se a debater, discutir e explicar os instrumentos de gestão**,** no sistema regional de saúde do Grande ABC Paulista**,** e afirmou que a região de saúde não pode ser estabelecida somente com bases em normas, mas sim, com base nas práticas, na abrangência das ações e dos serviços e nas responsabilidades dos respectivos gestores do SUS.

Dessa forma, a SES/RS elencou seus critérios para definir as regiões de saúde,

considerando suas necessidades e as diversidades locorregionais, tendo como produto tal definição:

1. População de 300.000 habitantes, com região variando entre 100.000 até 500.000 habitantes;

2. Raio de 100 Km de distância, aproximadamente, considerando a disponibilidade de acesso (estradas);

3. Critérios de ponto de corte da região (imagem-situação);

4. Melhor funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR), tendo em vista potencializar o processo de planejamento e gestão regional (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Diante dessa caracterização, os cenários das situações de saúde e da rede de serviços – agrupadas nas suas respectivas regiões de saúde**,** são aspectos relevantes para produção dos diagnósticos situacionais e para realização de planejamentos e programações em saúde. No âmbito das regiões, os estados são responsáveis pela coordenação do planejamento, assumindo o papel dúbio de descentralização para os estados e centralização para os municípios como entes autônomos (DOURADO; ELIAS, 2011). Também, tal necessidade é fomentada pela ausência de sistematização e análise da distribuição das adesões a esses incentivos, estratificados nas 30 regiões de saúde do estado.

Essa análise também contribui para subsidiar a manutenção e/ou qualificação**,** a médio e longo prazos**,** desses incentivos, e, por fim, somada aos outros motivos relatados anteriormente, está a carência de estudos voltados a incentivos financeiros, especialmente no âmbito da gestão de saúde estadual.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução nº 503/13 – CIB/RS, nas 30 regiões de saúde do estado Rio Grande do Sul, no período de 2013 a 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever a adesão aos incentivos para Médicos de Família e Comunidade por região de saúde;

b) Descrever a adesão aos incentivos para 2º Enfermeiro por região de saúde;

c) Descrever a adesão aos incentivos para Técnico em Saúde Bucal modalidade I por região de saúde.

4 CONTEXTO

4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E REGIONALIZAÇÃO

A Lei Federal nº 8.080/90 dispõe sobre a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços, definindo o SUS enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Tal legislação prevê, no Capítulo II, a regionalização da rede de serviços de saúde como princípio e diretriz, sendo que as ações e os serviços públicos de saúde, incluindo os privados contratados ou conveniados, devem obedecer essa premissa.

Posteriormente, a Portaria nº 373/GM, de 2002, aprovou, na forma de anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02, a qual ampliou as atribuições e responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia dos serviços de saúde e de busca de maior equidade[1].

Essa norma refere que a regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde.

Em 2011, o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90, faz referência às regiões de saúde e as define como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes (...), com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As premissas da regionalização foram contempladas no estado do Rio Grande do Sul. A Secretaria Estadual de Saúde definiu as 30 regiões de saúde, pactuadas junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e abrangidas na Resolução nº 555/12 - CIB/RS. A CIB/RS definiu cada área, conforme a infraestrutura disponível e as características locais, com a finalidade de organizar e subsidiar o planejamento e a execução das ações em saúde.

---

[1] Em saúde tem predominado a utilização do conceito eqüidade dentro desse sentido genérico de justiça. (STARFIELD, 2001; ALMEIDA, 2002).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA

No ano de 1978, sob o lema mundialmente conhecido “Saúde para todos no ano 2000”, na conferência internacional realizada em Alma Ata**,** no Cazaquistão, deu-se início ao movimento a Atenção Primária à Saúde (APS).

Porém, esse processo**,** no Brasil**,** ganha maior significado com o Movimento de Reforma Sanitária. Tal movimento, junto ao processo de redemocratização do país, conquista o SUS, assim como a necessidade de constituir uma rede de atenção em saúde que atenda aos princípios constitucionais de universalidade e integralidade**,** com acesso a todos os brasileiros, conforme a Constituição Federal de 1988.

No início dos anos 90**,** começaram a ser implantadas iniciativas que buscavam assegurar esse acesso à APS e, dessa forma, é constituída a AB em Saúde, forma como a APS é conhecida no país. Conforme o Colegiado dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS, 2004, p. 7), é definida como:

> Um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitados.

A AB é uma estratégia de reorganização do SUS, que visa atender às necessidades da população em um nível de sistema ou em um conjunto específico de serviços. No Brasil, é desenvolvida de acordo com a prioridade da descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, ou seja, no território.

É considerada**,** estrategicamente**,** uma das portas de entrada do usuário, onde o contato deve ser humanizado, pois deve estabelecer os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade e da participação social e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (PNAB, 2012, p.9).

Nesse sentido**,** Starfield (2002, p.28) define:

> A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

4.3 SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) – ou a ESF de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2012), é considerado um projeto dinamizador do SUS, pois se caracteriza na mudança do modelo assistencial, de forma articulada e integrada, entre os gestores e os usuários do SUS e instituições nacionais e internacionais. A Saúde da Família é pauta do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Ministério da Saúde (MS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (ASSEDISA), entre outras instâncias (CASTRO; MEDEIROS, 2006).

De acordo com Costa (2004), é possível compreender que a proposta desse programa, condicionada à evolução histórica de reorganização do SUS, visa modificar a lógica da rede de serviços básicos de saúde, com a implementação e expansão da ESF no Brasil.

No que tange à Saúde da Família, por Neto e Souza (2000, p. 9), é possível compreender:

> A estratégia saúde da família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justa, equânime, democrático, participativo e solidário.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de acordo com a PNAB (2012), denomina-se Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e é um programa de transição para a Saúde da Família (SF).

A SF, junto à AB, é considerada como porta de entrada no atendimento do SUS, pois constitui o eixo de aproximação dos serviços de saúde e a sociedade civil, promovendo melhoria na qualidade de vida e reorganizando o atendimento primário para ações e promoções de saúde (COSTA, 2004, p.9).

O que diferencia um programa do outro são seus componentes, pois, na EACS, os agentes comunitários de saúde são acompanhados e orientados por um enfermeiro/supervisor, enquanto na ESF, a equipe conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal.

Contudo, a forma e a lógica de trabalhar são as mesmas. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos

agravos à saúde dos indivíduos e das famílias na comunidade (FERNANDES; SOLLA, 2004, p. 12-13).

No campo teórico, a SF tem servido como objetivo de estudo e análise para novas metodologias de gestão, formação e educação dos profissionais de saúde. Nas práticas de saúde, é um desafio de superação do modelo tradicional, visto que busca os sentidos da integralidade e a compreensão dos processos de saúde e doença que estão expostos dentro da realidade local. Por fim, no campo político-administrativo, é vista como a principal estratégia de organização do SUS (SOLLA; FERNANDES, 2004, p.12).

4.4 SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO GRANDE DO SUL

A ESF tem demonstrado ser uma forma de reorganização do sistema público de saúde, considerando a Atenção Básica e a Saúde da Família como arranjos possíveis e viáveis na produção de saúde, por meio da contribuição do trabalho multiprofissional, do vínculo entre equipe, população e território e do estímulo à participação da comunidade (NEGRI; WERTHEIN, 2002, p. 12).

O RS aderiu ao programa, no ano de 1994, com algumas equipes da EACS e, em 1996, foi a vez das ESF. Contudo, a real expansão da estratégia ocorreu somente a partir de 2003, quando o estado priorizou, como estratégia de governo, investir na implantação das ESF.

O estado tinha 306 municípios com ESF e 615 equipes implantadas em dezembro de 2003, o que significava 1.945.292 pessoas cobertas e cobertura populacional de 18,70%, atingindo 1.945.292 de pessoas. Com o passar dos anos, a expansão teve forte crescimento e fortalecimento, sendo prioridade na gestão estadual da saúde.

Em janeiro de 2014, o RS tinha 461 municípios com 1.688 ESF implantadas e cobertura populacional de 49,84%, com 5.367.659 pessoas cobertas. A implantação das ESF estava na prioridade de gestão do governo 2010-2014, juntamente à AB e ao sistema de cofinanciamento da saúde.

A meta, até o final de 2015, é atingir 70% de cobertura da população gaúcha de ESF e fortalecer financeiramente a AB dos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2013). No entanto, em janeiro de 2015, a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família atingiu 52,56%, com 5.661.318 habitantes de população coberta (BRASIL, 2015).

4.5 FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Após a implantação do SUS, com a busca e a escolha da sociedade brasileira por um sistema único e universal de saúde, ficou nítida a necessidade e a prioridade desse sistema ter uma fonte de recursos financeiros específicos, seguros e satisfatórios que permitisse cumprir suas funções constitucionais (COELHO; SCATENA, 2014, p.272).

Entretanto, conforme Mattos e Costa (2003, p.318)**,** o Brasil não dispõe de "critérios objetivos para estabelecer o volume total de recursos necessários a um sistema de saúde que garanta o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde".

A NOB/96 veio para fortalecer a direção em nível local, sua estrutura e os fluxos de financiamento, diminuindo a prestação de serviços e aumentando as transferências financeiras (fundo a fundo), bem como a inclusão de método de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, reconhecendo os critérios e os resultados, melhorando o tipo de vínculo do usuário com o serviço, priorizando os núcleos familiares e comunitários e abrindo espaço para uma maior participação e controle social (MELAMED; COSTA, 2003, p. 394).

Sendo assim, a NOB/96 criou dois níveis de gestão em nível municipal:

> a plena da atenção básica e a plena do sistema municipal. Nos dois casos existem pré-requisitos para que os municípios possam pedir adesão: na primeira situação, o município passa a receber integralmente os recursos destinados à atenção básica e tem autonomia para aplicá-los; e no segundo, a autonomia é estendida ao conjunto da assistência que envolve também procedimentos de média e alta complexidade hospitalar. (MELAMED; COSTA, 2003)

Quanto ao financiamento**,** a seguridade social destinará recursos para atender suas finalidades, com a participação da Previdência Social e da Assistência Social, considerando as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

No ano de 2012, após a 14ª Conferência Nacional de Saúde, essa foi uma importante e potente diretriz exposta**,** no relatório final**,** para a implementação das ações de saúde, o funcionamento do financiamento, a construção das normas, o planejamento e a execução dos recursos dessa natureza para a gestão do SUS (COELHO; SCATENA, 2014, p. 271).

Após esse período, no que diz respeito ao financiamento em saúde, não se pode deixar de citar a Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141), que:

> "Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e

> controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n°s 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências".

No que tange à AB, o financiamento federal deve ser tripartite, dentro do bloco da AB, e os recursos devem ser utilizados conforme normas descritas na RENASES e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal, sendo efetuados em conta específica, fundo a fundo, de acordo com as normas do Ministério da Saúde (PNAB, 2012, p.81).

Assim, para operacionalizar o contexto do financiamento na saúde, Dain (2008) propõe que é necessário ultrapassar a concepção tradicional, deslocando o foco para o debate no campo das finanças públicas, as quais dedicam-se ao planejamento das políticas públicas de saúde, campo pouco discutido atualmente.

4.6 FINANCIAMENTO ESTADUAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O RS é pioneiro em cofinanciamento e na criação do incentivo para as ESF e equipes de Saúde Bucal (ESB), bem como do incentivo adicional para os ACS. O incentivo financeiro das equipes foi iniciado no ano de 2003, através da Portaria nº 51 SES/RS, para Saúde da Família, e da Portaria Nº 52 SES/RS – para Saúde Bucal. Esse pioneirismo conduziu à nova Portaria nº 309/13 SES/RS e às Resoluções nº 502 e 503/13 e 426/14 - CIB/RS, que potencializam as ações na AB.

O cofinanciamento em saúde é de suma importância para auxiliar os municípios e os gestores municipais a subsidiarem e a estruturarem as ações e os serviços de saúde pública na ponta, onde o atendimento inicial é primordial, assim como a manter os profissionais de saúde fixados naquela região, oferecendo boas condições de trabalho e proporcionando um atendimento digno e de qualidade ao usuário (COELHO; SCATENA, 2014, p.271-273).

De acordo com o Grupo Técnico da AB, foram pensadas algumas alternativas de cofinanciamento em saúde para potencializar e fortalecer a Atenção Básica dos municípios. Dentre elas, foram criadas três novas Resoluções:

a) Resolução nº 502/13 – CIB/RS: cria o incentivo financeiro estadual para implantação de novas ESF. O referido incentivo tem o valor total de R$ 30.000,00 (trinta mil reais), por equipe de ESF, dividido em três parcelas de R$ 10.000,00 (dez mil reais).

b) Resolução nº 503/13 – CIB/RS: cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da ESF e de ESB, composto da seguinte forma: Incentivo financeiro para inserção de um segundo Enfermeiro na ESF; Incentivo financeiro

para ESF com Médicos de Família e Comunidade; Incentivo Financeiro para ESF com ESB Modalidade II, com a presença de, pelo menos, um Técnico de Saúde Bucal. Incentivo adicional mensal no valor de R$ 4.000,00 (quatro mil reais) para ESF, com dois enfermeiros, sendo que, pelo menos, um deles tenha Especialização *Latu Sensu* em Saúde da Família, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica ou Saúde Pública/Saúde Coletiva, desde que, nesse último exemplo, tenha componente clínico curricular.

Os municípios com ESF que possuam médico com titulação de Médico de Família e Comunidade, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), receberão um repasse adicional mensal no valor de R$ 2.000,00 (dois mil reais) por ESF. Os municípios com ESF, que tenham Saúde Bucal credenciada e cadastrada como Modalidade II, receberão repasse adicional mensal de R$ 1.000,00 (um mil reais), por ESB, modalidade II.

Especificadamente, ao presente estudo, a Resolução considerou a importância da Saúde da Família na consolidação do SUS, através da reorganização do modelo de atenção e do acesso a ações integrais de saúde para indivíduos e famílias; a necessidade de ampliar e qualificar o acesso da população a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde; que compete aos municípios executar as ações e os serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Art. 30, CF/88); a importância do profissional da enfermagem e a formação diferenciada do Médico de Família e Comunidade para qualificação da Estratégia Saúde da Família, bem como a necessidade de incentivar a presença do técnico de saúde bucal para ampliar o acesso e qualificar as ações de Saúde Bucal.

c) Resolução nº 426/14 – CIB/RS: criar incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos para uso das equipes de Atenção Domiciliar (AD), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composição Intersetorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua. O incentivo para compra do veículo perfaz o valor de R$ 50.00,00 (cinquenta mil reais). O veículo a ser adquirido pelo município pode ser composto por cinco a sete lugares. Será contemplado um veículo para cada equipe de NASF, NAAB e Consultório na Rua. No caso de veículos para Consultório na Rua, o município poderá complementar o valor para aquisição de Vans em substituição de veículos de cinco e sete lugares.

d) Portaria nº 539/13 SES/RS, que “Estabelece Incentivo Financeiro Estadual para ESF, Estratégia de Saúde Bucal e ESF Quilombola (ESFQ)”.

Seus componentes financeiros serão compostos de parcela básica e adicional de qualificação, no entanto, estão condicionados à inclusão da equipe no Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ**,** no ano de 2013. A observância desse critério será avaliada:

> § 1º- Para ESF e ESB: por publicação pelo Ministério da Saúde referindo inclusão da equipe e devidas homologações;
> § 2º- Para ESFQ: por publicação pelo Ministério da Saúde referindo inclusão da equipe e devidas homologações;
> Art. 6º - O adicional de qualificação para ESF/ESB corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica a que a equipe faz jus, conforme o artigo 2º desta portaria.
> Art. 7º - O adicional de qualificação para ESFQ corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme o artigo 2º desta portaria.
> Art. 8º - O valor do incentivo adicional de qualificação para ESF/ESB e para ESFQ,sofrerá variação conforme classificação alcançada pela equipe no processo de certificação do Ministério da Saúde, referente ao Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), conforme os seguintes critérios:
> I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) da parcela qualificação, conforme Art. 2º desta portaria;
> II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) da parcela qualificação, conforme Art. 2º desta portaria;
> III - DESEMPENHO BOM: aumento do valor do componente qualificação de 20 para 60% sobre valor da parcela básica, conforme Art. 2º desta portaria;
> IV - DESEMPENHO ÓTIMO: aumento do valor do componente qualificação de 20 para 100% sobre valor da parcela básica, conforme Art. 2º desta portaria.

Os repasses financeiros gaúchos da ESF e ESB foram contemplados para que ambos fossem vinculados, deixando claro que**,** para receber o valor máximo**,** o município deverá ter ESF com ESB.

No art. 2ª**,** da Portaria nº 539/13 SES/RS, é possível saber como ficou essa relação financeira: “A parcela básica para ESF será de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) para os municípios que possuem ESF com ESB e será de R$ 4.000,00 (quatro mil reais) para os municípios que possuem ESF sem ESB”.

A Portaria supracitada também especifica o recurso financeiro das ESF Quilombola, no § 2º, para ESFQ: por publicação**,** pelo Ministério da Saúde**,** referindo inclusão da equipe e devidas homologações; e Art. 7º - "O adicional de qualificação para ESFQ corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica ESF, conforme o artigo 2º desta portaria".

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O percurso metodológico caracteriza-se como descritivo e documental, por meio de dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais previstos na Resolução nº 503/13 – CIB/RS, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul, durante os anos de 2013 a 2014. Esse período foi delimitado**,** considerando-se a publicação da referida resolução, no ano de 2013, bem como um período considerável à sistematização e à análise das adesões ao incentivo pelos municípios gaúchos.

De acordo com Triviños (2015), a pesquisa descritiva exige**,** do investigador**,** informações sobre o que se deseja pesquisar, pretendendo descrever os fatos e fenômenos da realidade.

A "pesquisa documental se constitui um dos delineamentos mais importantes no campo da História e da Economia" (GIL, 2010, p.30), valendo-se de documentos**,** dentre eles**,** os documentos institucionais, mantidos em arquivos de empresas, órgãos públicos e outras organizações (GIL, 2010).

Quanto aos dados de adesão dos municípios aos recursos financeiros da Resolução nº 503/13 - CIB/RS**,** a coleta foi obtida via sistema *online*, por meio do Formulário *Online* SUS/FORMSUS, durante o período de estudo. O processo de coleta de dados quantitativos e sua análise são separados no tempo, pois a coleta antecipa a análise**,** o oposto da pesquisa qualitativa, onde os processos se combinam (ROESCH, 2006).

Em relação à informação da população residente**,** esta foi coletada por meio do banco de dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no que se refere**,** especificadamente**,** às estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/DATASUS.

A apresentação dos dados das adesões aos incentivos está demonstrada em tabelas e na forma descritiva.

Por fim, é importante ressaltar que os dados coletados de fontes secundárias, por meio de bancos oficiais e públicos de informações de saúde, dispensam formas de autorização de acessos às informações necessárias para o estudo em questão.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a consecução do estudo, entrevistas ou questionários não foram utilizados para acesso a dados e informações, mas, sim, informações e dados não individualizáveis oriundos da SES – Departamento de Ações em Saúde (DAS) – CEAB.

O acesso foi autorizado pela Diretora do DAS, por meio do Termo de Aceite Institucional, o qual se encontra assinado (Apêndice 1). Assim, ficou dispensado o encaminhamento e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizado levantamento, por região de saúde, quanto ao número de municípios, população residente e total das adesões ao incentivo**,** conforme o previsto na Resolução nº 503/13 – CIB/RS e ilustrado na Tabela 1.

TABELA 1 – QUANTITATIVO DAS ADESÕES AOS INCENTIVOS ESTADUAIS DA RESOLUÇÃO Nº 503/13 – CIB/RS, REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2013-2014

REGIÃO DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE	ADESÕES EM 2013	ADESÕES EM 2014
R 01 Verdes Campos	21	418.790	-	1
R 02 Entre Rios	11	123.567	-	2
R 03 Fronteira Oeste	11	462.011	-	-
R 04 Belas Praias	12	141.500	-	4
R 05 Bons Ventos	11	207.987	-	2
R 06 V. Paranhana/C. Serra	8	215.611	-	2
R 07 Vale dos Sinos	15	765.656	-	5
R 08 Vale Caí/Metropolitana	18	725.660	-	4
R 09 Carbonífera/Costa Doce	19	387.704	-	1
R 10 Capital/Vale Gravataí	6	2.241.453	-	34
R 11 Sete Povos Missões	24	283.995	-	5
R 12 Portal das Missões	13	151.442	-	1
R 13 Diversidade	20	223.034	-	9
R 14 Fronteira Noroeste	22	225.530	-	6
R 15 Caminho das Águas	26	185.592	-	6
R 16 Alto Uruguai Gaúcho	33	230.291	-	7
R 17 Planalto	28	386.836	-	4
R 18 Araucárias	20	128.494	-	2
R 19 Botucaraí	14	115.495	-	3
R 20 Rota da Produção	26	161.176	-	7
R 21 Sul	22	847.689	-	4
R 22 Pampa	6	182.865	-	-
R 23 Caxias e Hortênsias	6	546.080	-	2
R 24 Campos de Cima Serra	9	95.435	-	1
R 25 Vinhedos e Basalto	22	284.822	-	1
R 26 Uva Vale	12	172.390	-	-
R 27 Jacuí Centro	12	199.922	-	-
R 28 Vinte e Oito	13	330.098	-	2
R 29 Vales e Montanhas	27	210.271	-	9
R 30 Vale da Luz	10	119.207	-	2
TOTAL	**497**	**10.770.603**	**0**	**126**

Fonte: SES, FormSUS. 2015.
Estimativa populacional, residente 2012 – IBGE. 2015

Observa-se que**,** em 2013, ano da resolução, não há adesões em nenhuma das 30 regiões de saúde, sendo importante lembrar o pouco tempo de sua vigência, publicada em outubro/2013.

Em 2014**,** apenas quatro regiões de saúde não tiveram nenhum de seus municípios com adesão à resolução, sendo estas: 3 – Fronteira Oeste, 22 – Pampa, 26 – Uva Vale e 27 – Jacuí

Centro.

O total de adesões**,** no ano de 2014**,** foi de 126, distribuídas nas demais regiões de saúde do estado. No caso do maior número de adesões, a região 10 – Capital/Vale Gravataí totalizou 34 adesões. Tal região é formada por apenas seis municípios, mas com a maior população, com 2.241.453 habitantes.

Em relação aos achados, de acordo com as adesões aos incentivos e ao aumento de profissionais contemplados na Resolução em estudo, as informações foram sistematizadas na Tabela 2.

TABELA 2 – QUANTITATIVO DE ADESÕES AOS INCENTIVOS ESTADUAIS DA RESOLUÇÃO Nº 503/2013 – CIB/RS, POR PROFISSIONAL, REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2014

REGIÃO DE SAÚDE	2º ENFERMEIRO	MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	TÉCNICO SAÚDE BUCAL
R 01 Verdes Campos	1	-	-
R 02 Entre Rios	2	-	-
R 03 Fronteira Oeste	-	-	-
R 04 Belas Praias	4	-	-
R 05 Bons Ventos	-	2	-
R 06 V. Paranhana/C. Serra	2	-	-
R 07 Vale dos Sinos	4	1	-
R 08 Vale Caí/Metropolitana	1	3	-
R 09 Carbonífera/Costa Doce	1	-	-
R 10 Capital/Vale Gravataí	-	9	25
R 11 Sete Povos Missões	4	-	1
R 12 Portal das Missões	1	-	-
R 13 Diversidade	5	4	-
R 14 Fronteira Noroeste	1	5	-
R 15 Caminho das Águas	6	-	-
R 16 Alto Uruguai Gaúcho	7	-	-
R 17 Planalto	3	1	-
R 18 Araucárias	2	-	-
R 19 Botucaraí	1	2	-
R 20 Rota da Produção	6	1	-
R 21 Sul	4	-	-
R 22 Pampa	-	-	-
R 23 Caxias e Hortênsias	-	2	-
R 24 Campos de Cima Serra	1	-	-
R 25 Vinhedos e Basalto	-	1	-
R 26 Uva Vale	-	-	-
R 27 Jacuí Centro	-	-	-
R 28 Vinte e Oito	1	1	-
R 29 Vales e Montanhas	5	4	-
R 30 Vale da Luz	-	2	-
TOTAL	**62**	**38**	**26**

Fonte: SES, FormSUS. 2015.

Do total das 30 regiões de saúde, 21 aderiram ao segundo enfermeiro, com 62 adesões. Em relação ao Médico de Família e Comunidade, 16 regiões aderiram, sendo que a região 10 – Capital/Vale Gravataí teve o maior número, com nove adesões. A região 14 – Fronteira Noroeste teve cinco adesões, já as regiões 13 – Diversidades e 29 – Vales e Montanhas cada uma teve 4.

No caso do Técnico em Saúde Bucal, apenas duas regiões aderiram: a 10 – Capital/Vale Gravataí e a 11 – Sete Povo das Missões, com 25 e uma adesão, respectivamente.

Quanto à discussão, um estudo que examinou a estratégia abordada pelos gestores federal e estadual do SUS, além de apontar problemas no financiamento da atenção básica e do PSF, discorre que a União focou a maior parte do montante de financiamento na AB (MARQUES; MENDES, 2003). Além disso, aqueles autores fazem referência a maior participação dos municípios no financiamento da saúde, bem como às modificações nas relações das gestões estaduais e municipais quanto ao financiamento compartilhado nas políticas de saúde.

De acordo com Marques e Mendes (2003), as Secretarias Estaduais de Saúde têm participado da implantação da Saúde da Família incluindo os incentivos financeiros, sendo que:

> "a preocupação em transferir recursos, visando ao conjunto de ações e serviços de saúde, parece encontrar eco apenas no Estado do Rio Grande do Sul. Nesse Estado os recursos do Tesouro Estadual são também transferidos fundo a fundo, porém podem ser utilizados, pelos municípios, para despesas de custeio ou investimento, desde que em ações e serviços públicos de saúde." (p. 410)

A experiência de financiamento gaúcha é citada quando Marques e Mendes (2003) retomam, que desde 1999, a SES/RS adota uma política de financiamento na perspectiva da busca de resolutividade da AB, com a lógica que a estratificação do recurso fortaleça os municípios na gestão do SUS, considerando as particularidades e o montante das receitas próprias, onde os incentivos federais e estaduais são fundamentais para tais.

Na perspectiva de gastos em saúde, Dain (2007) relata que investir em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos, mas que cabe aos gestores, em todos os níveis de governo, zelar pela qualidade de seus gastos e pela racionalização dos custos (p. 1863).

Em concordância com esse autor, a pesquisa realizada por Castro e Machado (2010) analisou a implementação federal da atenção primária à saúde no Brasil no período de 2003-2008, considerando, também, aspectos governamentais e de financiamento. Tal estudo expressa que, desde a criação dos incentivos aos programas de PACS e PSF, identifica-se

tendência crescente e, no ano de 2005, as transferências desses incentivos ultrapassaram as do PAB fixo, refletindo na expansão desses programas.

Em conformidade com esses achados, o estudo de Vazques (2011) notou que os recursos destinados ao campo da saúde cresceram, gradativamente, em montante real, *per capita* e porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB), e que os estaduais tiveram sua expansão maior após a Emenda Constitucional 29, sendo que o total dobrou e teve significativa contribuição das receitas estaduais.

Outro estudo de Marques e Mendes, mas relacionado ao ano de 2002, tais autores analisaram a evolução do gasto e do financiamento da atenção em saúde, além das prioridades e estratégias de financiamento, redigindo que os incentivos tornaram-se uma prática comum do Ministério da Saúde, desde 1998, quando os municípios, por meio da formalização do PAB, foram motivados à adesão de programas que estejam vinculados às receitas financeiras. Na medida em que esse recurso é atrelado a um programa, os municípios ficam limitados quanto ao gerenciamento mais abrangente de sua gestão em saúde.

O presente estudo, pode-se afirmar que ainda há pouca adesão aos incentivos previstos na Resolução Nº 503/2013 – CIB/RS, diante do total de cobertura estadual de saúde da família. Tal fato perpassa por características territoriais, de gestão e burocratização dos processos de trabalho.

Diante disso, os resultados de Berretta, Lacerda e Calvo (2011), os quais apresentaram um modelo de avaliação para gestão de planejamento de saúde municipal, referem que, no nível federal e estadual, os desafios direcionam-se devido à grande diversidade dos municípios, com diferentes perfis demográficos, sanitários e epidemiológicos, além de necessidades regionais diferenciadas.

Para os municípios, especialmente os de pequeno porte (até 20 mil habitantes), as dificuldades, incluindo os aspectos de financiamento, devem-se à precariedade das organizações da área de planejamento e de deficiências na infraestrutura (BERETTA, LACERDA e CALVO, 2011). Quando se direciona essa particularidade para o estado do Rio Grande do Sul, pode-se verificar que 70% dos municípios gaúchos se enquadram como de pequeno porte e com dificuldades de gestão (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

As causas da diferenciação do quantitativo de adesões nas 30 regiões de saúde podem estar relacionadas com a cobertura de saúde da família e o número de equipes de saúde da família implantadas nas respectivas regiões, já que o fato de ter equipes implantadas e razoável cobertura predispõe que o gestor de saúde considera a importância da saúde da

família e investe nessa estratégia de trabalho como orientadora e organizadora do cuidado em saúde.

As regiões de saúde com maior adesão à Resolução estudada são também aquelas que apresentam quantitativo razoável de equipes de saúde da família implantadas, todas com mais de 43 equipes. Ainda, essas regiões apresentam as maiores coberturas de saúde da família, superiores a 70%, com exceção da região 08 – Vale Caí/Metropolitana e 10 – Capital/Vale Gravataí, que apresentam cobertura de 42,92% e 35%, respectivamente. Entretanto, as duas regiões apresentam os maiores números de equipes implantadas, 92 e 228 equipes.

Considerando o papel do gestor, Noronha et al. (2008), ao analisarem a estrutura da gestão, apontam que o gestor público de saúde atua em dois campos: o político e o técnico. Esses campos são envolvidos por um conjunto de relações entre os diferentes sujeitos, o qual perpassa interesses, disputas e conflitos de ideia.

Embora sejam relevantes os inúmeros avanços do arcabouço legal do modelo de atenção à saúde e do SUS nos últimos anos, ainda há desafios para gerenciar e, assim, consolidá-lo (BARRA, 2013), como a burocratização dos processos na gestão pública da saúde, a falta de conhecimento técnico e as dificuldades orçamentárias.

Nessa perspectiva, a diferenciação das adesões aos incentivos pode ser motivada pelas características específicas de cada região e pelo modelo de gestão seguido por cada município que forma uma determinada região, mas, também, por fatores semelhantes aos informados em pesquisa do Ministério da Saúde, no ano de 2004, que entrevistou 250 prefeitos municipais, distribuídos segundo a região geográfica e o porte sobre a percepção dos gestores quanto os processos de gestão do SUS (BRASIL, 2004).

Na referida pesquisa, a maioria dos problemas da gestão citada pelos gestores, por ordem, foram: 1. Financiamento (pouco recurso para a saúde; falta de apoio financeiro do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde); 2. Rede de Serviços (estrutura física de rede de serviços insuficiente ou inadequada; insuficiência de medicamentos e insumos); 3. Função de gestão (dificuldade na estruturação do planejamento; dificuldade na estruturação da programação); 4. Pessoal (insuficiência de profissionais na rede; falta de capacitação do pessoal da rede); 5. Instâncias Colegiadas de Controle Social (relação difícil com a CIB; relação difícil com a Secretaria Estadual de Saúde); 6. Legislação/Normatização (critérios muito rígidos; normatização federal e estadual em excesso).

Conquanto, são múltiplos os fatores que dificultam a gestão municipal de saúde, podendo ser diferentes em cada município, o que exige habilidade dos gestores para classificar e priorizar os que necessitam de intervenção imediata. Neste estudo,

particularmente, a estratégia de saúde da família predispõe de profissionais com formação adequada à lógica do processo de trabalho desempenhado pela Saúde da Família e APS. Com base em tal contexto, a Resolução estudada está adequada a essa premissa, na medida em que incentiva a vinculação de profissionais médicos, enfermeiros e de saúde bucal com formação específica à atuação que realizam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral**,** a maior adesão aos incentivos previstos na Resolução em questão foi realizada pela região 10 – Capital/Vale Gravataí, a qual também teve a maior adesão de Médico de Família e Comunidade e Técnico em Saúde Bucal, já que contempla os municípios mais populosos do estado, localizados na região metropolitana de Porto Alegre.

Diante deste estudo e de acordo com o referencial utilizado**,** é perceptível que as adesões aos incentivos contemplados na Resolução nº 503/13 – CIB/RS são importantes para os municípios do estado do Rio Grande do Sul, bem como para outras formas de financiamento federal e estadual na gestão municipal de saúde e, nesse caso específico, às equipes de saúde da família.

Vale lembrar, que as fragilidades identificadas diante do curto período disponível para análise (2013 e 2014), bem como do método utilizado por meio de dados secundários e fontes documentais, leva-se a considerar que os achados do trabalho não sejam suficientes para aprofundar a análise da distribuição das adesões aos incentivos e suas possíveis causas.

Ressalta-se que resultados mais consistentes poderão ser possíveis a partir de 2015, sendo**,** assim**,** há a necessidade de outros estudos que possam analisar os impactos das adesões com a produção de ações em saúde desses profissionais, além de indicadores de saúde por região.

Mesmo diante das fragilidades, os achados trazem um diagnóstico importante do cenário das adesões nas regiões e no estado**,** que podem subsidiar a análise da gestão do sistema público de saúde, por meio da institucionalização de processos de planejamento e monitoramento de ações. Assim, é elementar que se estenda a divulgação dos incentivos estaduais e de suas respectivas adesões, particularmente, em relação à Atenção Básica e à Saúde da Família, de forma a permitir uma compreensão e uma apropriação maior dos processos que envolvem a gestão pública estadual de saúde.

Por fim, é necessário avançar em estratégias, incluindo incentivos estaduais, que viabilizem a qualificação da Saúde da Família, a fim de possibilitar que a força técnica

profissional seja ampliada para garantir as premissas do SUS, no acesso à saúde humana, de qualidade e para todos.

REFERÊNCIAS

ALMA ATA. **Declaração da Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-26, 2002.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia de Saúde da Família:** o desafio de consolidar a intersetorialidade. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.11, pp. 2143-2154.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde 1. SUS (BR). 2. Financiamento. I Título. NLM WA 525.CDD – 20. ed. – 362.1068. . – Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). ISBN: 978-85-89545-62-4.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. **Diário Oficial da União.** Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 out. 1988, p.1 (anexo).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **População residente**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul.>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde**. – Versão Preliminar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 66 p. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Departamento de Ações em Saúde. Ministério da Saúde. **Histórico de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso: 13 abr. 2015.

_____. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. **Diário Oficial da União.** Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011, p. 1.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. **Diário Oficial da União.** Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

_____. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 01 dez. 2014. **Diário Oficial da União.** Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, p.1.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, 1996**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. **Diário Oficial da União.** Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

_____. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 - NOAS/SUS 01/2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Coleção Para entender a gestão do SUS,** Brasília, DF, p. 214-321. 20 ed.

_____. Resolução Nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 18 de nov. 2014. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 693-705.

CASTRO, Janice Dornelles de; MEDEIROS, José Eri de. **Sementes do SUS:** curso de especialização em saúde da família e da comunidade. São Leopoldo, ed. UNISINOS, 2006, 15-22.

CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; FERREIRA, Janise Braga Baros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p.57-68, jan-mar 2014.

COELHO, Thereza Christina Bahia; SCATENA, João Henrique G. **Financiamento do SUS**. *In*: Saúde Coletiva: teoria e prática/ organizadores Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida Filho. - 1. ed. - Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720p.

CONASS documenta, **CADERNOS de informação técnica e memória de Progestores N° 2:**"Atenção Primária - Seminário do CONASS para Construção de Consensos". Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, abril de 2004.

COSTA, Humberto, et al. **Experiências e desafios da atenção à saúde familiar:** caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004, p.9.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trab. educ. saúde** [online].

2008, vol.6, n.3, p. 623-632.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1851-1864.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.204-11, fev 2011.

FERNANDES, Afra Suassuna; SOLLA, Jorge. Introdução In: JUAN, A. Seclen-Palacin (orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar:** caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p.11-12.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 23-43.

GIL, Celia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. n. 21. Rio de Janeiro, 2005. p.490-498.

GUANAIS, Frederico; MACINKO, James. Primary Care and Avoidable Hospitalizations : Evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Manage**, Filadélfia, 2009, vol. 32, No. 2, pp. 115–122.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. **Trab. educ. saúde** [online]. 2003, vol.1, n.2, pp. 315-333.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico; SOUZA, Maria de Fátima M. de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002, **Journal of Epidemiology and Community Health**, Bethesda, 2007.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A Enfermagem e o Programa de Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, set/out. 2004, p.545-50.

_____. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 403-415.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S163-S171.

MATTOS, Grazielle Christiane Maciel et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):373-382, 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. **Trab. educ. saúde** [online]. 2003, vol.1, n.2, pp. 315-333.

MELAMED, Clarice, COSTA, Nilson do Rosário. **Inovações no financiamento federal à Atenção Básica**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a06v08n2.pdf >. Acesso em: 11/11/2014.

NEGRI, Brajas; WERTHEIN, Jorge. Apresentação. in: STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 13-14.

NETO, Milton Menezes da Costa; SOUZA, Maria Fátima de. **Cadernos de Atenção Básica:** Programa Saúde da Família. 2. ed. cad. Brasília: Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica – DAB, 2000, p.9.

NORONHA, José Carvalho de; et al. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Portaria Nº 51 de 10 setembro de 2003. Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção Básica à Saúde prestada nos municípios através do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial do Estado**. Rio Grande do Sul, RS, 18 set. 2003. Seção Eletrônica, p.32.

_____. Portaria Nº 52 de 10 setembro de 2003. Estabelece Incentivo Financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios através do Programa da Saúde da Família. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 18 set. 2003. Seção Eletrônica, p.33.

_____. Portaria Nº 309 de 26 de junho de 2013. Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ). **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 28 jul. 2013. Seção Eletrônica, p.71.

_____. Portaria Nº 539 de 19 de novembro de 2013. Estabelece Incentivo Financeiro Estadual para Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ). **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 20 nov. 2013. Seção Eletrônica, p. 62.

_____. Resolução Nº 119/CIB/RS, de 23 de maio de 2011. Aprovar para o ano de 2011 a utilização dos coeficientes. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 30 mai. 2011. Seção Eletrônica, p. 81.

_____. Resolução Nº 555/CIB/RS, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 21 set. 2012. Seção Eletrônica, p. 93.

_____. Resolução Nº 502/CIB/RS, de 14 de outubro de 2013. Criar incentivo financeiro estadual para implantação de novas Equipes de Saúde da Família - ESF que tiverem solicitação de credenciamento aprovadas na CIB/RS, a partir da data de aprovação desta Resolução. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 22 out. 2013. Seção Eletrônica, p. 51.

_____. Resolução Nº 503/CIB/RS, de 14 de outubro de 2013. Cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia Saúde da

Família e de Saúde Bucal. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 22 out. 2013. Seção Eletrônica, p.52.

_____. Resolução Nº 426/CIB/RS, de 04 agosto de 2014. Para aquisição de veículo exclusivo/equipes de AD, NASF; NAAB; CR e RD. **Diário Oficial do Estado**, Rio Grande do Sul, RS, 08 ago. 2014. Seção Eletrônica, p.90.

_____. **Relatório Anual de Gestão do SUS/RS 2013**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1410980179_Anexo%20I_RAG%202013.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Assessoria Técnica e de Planejamento – Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Apresentação Regiões de Saúde**. 2011. Disponível em:<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO_ASSEDISA_REGIOES_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ROESCH, Sylvia María Azevedo. **Projeto de estágios e pesquisa em administração**. 3ªed. São Paulo: Atlas, 2006, 308p.

SILVA, Edson Coutinho; GOMES, Maria Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.

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

_____. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**,Westport, v. 3, n. 3, p. 545- 566, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 2015. 175p.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.6, pp. 1201-1212.

APÊNDICE I

MUNICÍPIOS E REGIÕES DE SAUDE DO RS
R 01 Verdes Campos
Agudo
Dilermando de Aguiar
Dona Francisca
Faxinal do Soturno
Formigueiro
Itaara
Ivorá
Júlio de Castilhos
Nova Palma
Paraíso do Sul
Pinhal Grande
Quevedos
Restinga Seca
Santa Maria
São João do Polêsine
São Martinho da Serra
São Pedro do Sul
São Sepé
Silveira Martins
Toropi
Vila Nova do Sul
R 02 Entre Rios
Cacequi
Capão do Cipó
Itacurubi
Jaguari
Jari
Mata
Nova Esperança do Sul
Santiago
São Francisco de Assis
São Vicente do Sul
Unistalda
R 03 Fronteira Oeste
Alegrete
Barra do Quaraí
Itaqui
Maçambará
Manoel Viana
Quaraí
Rosário do Sul

Sant'Ana do Livramento
Santa Margarida do Sul
São Gabriel
Uruguaiana
R 04 Belas Praias
Arroio do Sal
Capão da Canoa
Dom Pedro de Alcântara
Itati
Mampituba
Maquiné
Morrinhos do Sul
Terra de Areia
Torres
Três Cachoeiras
Três Forquilhas
Xangri-lá
R 05 Bons Ventos
Balneário Pinhal
Capivari do Sul
Caraá
Cidreira
Imbé
Mostardas
Osório
Palmares do Sul
Santo Antônio da Patrulha
Tavares
Tramandaí
R 06 V.Paranhana/C. Serra
Cambará do Sul
Igrejinha
Parobé
Riozinho
Rolante
São Francisco de Paula
Taquara
Três Coroas
R 07 Vale dos Sinos
Araricá
Campo Bom
Dois Irmãos
Estância Velha
Ivoti
Lindolfo Collor

Morro Reuter
Nova Hartz
Novo Hamburgo
Portão
Presidente Lucena
Santa Maria do Herval
São José do Hortêncio
São Leopoldo
Sapiranga
R 08 Vale Caí/Metropolitan
Barão
Brochier
Canoas
Capela de Santana
Esteio
Harmonia
Maratá
Montenegro
Nova Santa Rita
Pareci Novo
Salvador do Sul
São José do Sul
São Pedro da Serra
São Sebastião do Caí
Sapucaia do Sul
Tabaí
Triunfo
Tupandi
R 09 Carbonífera/Costa Doc
Arambaré
Arroio dos Ratos
Barão do Triunfo
Barra do Ribeiro
Butiá
Camaquã
Cerro Grande do Sul
Charqueadas
Chuvisca
Dom Feliciano
Eldorado do Sul
General Câmara
Guaíba
Mariana Pimentel
Minas do Leão
São Jerônimo

Sentinela do Sul
Sertão Santana
Tapes
R 10 Capital/Vale Gravataí
Alvorada
Cachoeirinha
Glorinha
Gravataí
Porto Alegre
Viamão
R 11 Sete Povos Missões
Bossoroca
Caibaté
Cerro Largo
Dezesseis de Novembro
Entre-Ijuís
Eugênio de Castro
Garruchos
Guarani das Missões
Mato Queimado
Pirapó
Porto Xavier
Rolador
Roque Gonzales
Salvador das Missões
Santo Ângelo
Santo Antônio das Missões
São Borja
São Luiz Gonzaga
São Miguel das Missões
São Nicolau
São Pedro do Butiá
Sete de Setembro
Ubiretama
Vitória das Missões
R 12 Portal das Missões
Boa Vista do Cadeado
Boa Vista do Incra
Colorado
Cruz Alta
Fortaleza dos Valos
Ibirubá
Jacuizinho
Quinze de Novembro
Saldanha Marinho

Salto do Jacuí
Santa Bárbara do Sul
Selbach
Tupanciretã
R 13 Diversidade
Ajuricaba
Augusto Pestana
Bozano
Campo Novo
Catuípe
Chiapetta
Condor
Coronel Barros
Crissiumal
Humaitá
Ijuí
Inhacorá
Jóia
Nova Ramada
Panambi
Pejuçara
Santo Augusto
São Martinho
São Valério do Sul
Sede Nova
R 14 Fronteira Noroeste
Alecrim
Alegria
Boa Vista do Buricá
Campina das Missões
Cândido Godói
Doutor Maurício Cardoso
Giruá
Horizontina
Independência
Nova Candelária
Novo Machado
Porto Lucena
Porto Mauá
Porto Vera Cruz
Santa Rosa
Santo Cristo
São José do Inhacorá
São Paulo das Missões
Senador Salgado Filho

Três de Maio
Tucunduva
Tuparendi
R 15 Caminho das Águas
Alpestre
Ametista do Sul
Barra do Guarita
Bom Progresso
Caiçara
Cristal do Sul
Derrubadas
Erval Seco
Esperança do Sul
Frederico Westphalen
Iraí
Liberato Salzano
Novo Tiradentes
Palmitinho
Pinhal
Pinheirinho do Vale
Planalto
Rodeio Bonito
Seberi
Taquaruçu do Sul
Tenente Portela
Tiradentes do Sul
Três Passos
Vicente Dutra
Vista Alegre
Vista Gaúcha
R 16 Alto Uruguai Gaúcho
Aratiba
Áurea
Barão de Cotegipe
Barra do Rio Azul
Benjamin Constant do Sul
Campinas do Sul
Carlos Gomes
Centenário
Charrua
Cruzaltense
Entre Rios do Sul
Erebango
Erechim
Erval Grande

Estação
Faxinalzinho
Floriano Peixoto
Gaurama
Getúlio Vargas
Ipiranga do Sul
Itatiba do Sul
Jacutinga
Marcelino Ramos
Mariano Moro
Nonoai
Paulo Bento
Ponte Preta
Quatro Irmãos
Rio dos Índios
São Valentim
Severiano de Almeida
Três Arroios
Viadutos
R 17 Planalto
Almirante Tamandaré do Sul
Camargo
Carazinho
Casca
Ciríaco
Coqueiros do Sul
Coxilha
David Canabarro
Ernestina
Gentil
Lagoa dos Três Cantos
Marau
Mato Castelhano
Montauri
Muliterno
Não-Me-Toque
Nicolau Vergueiro
Nova Alvorada
Passo Fundo
Pontão
Santo Antônio do Palma
Santo Antônio do Planalto
São Domingos do Sul
Serafina Corrêa

Sertão
Vanini
Victor Graeff
Vila Maria
R 18 Araucárias
Água Santa
André da Rocha
Barracão
Cacique Doble
Capão Bonito do Sul
Caseiros
Ibiaçá
Ibiraiaras
Lagoa Vermelha
Machadinho
Maximiliano de Almeida
Paim Filho
Sananduva
Santa Cecília do Sul
Santo Expedito do Sul
São João da Urtiga
São José do Ouro
Tapejara
Tupanci do Sul
Vila Lângaro
R 19 Botucaraí
Alto Alegre
Arvorezinha
Barros Cassal
Campos Borges
Espumoso
Fontoura Xavier
Ibirapuitã
Itapuca
Lagoão
Mormaço
Soledade
Tapera
Tio Hugo
Tunas
R 20 Rota da Produção
Barra Funda
Boa Vista das Missões
Braga
Cerro Grande

Chapada
Constantina
Coronel Bicaco
Dois Irmãos das Missões
Engenho Velho
Gramado dos Loureiros
Jaboticaba
Lajeado do Bugre
Miraguaí
Nova Boa Vista
Novo Barreiro
Novo Xingu
Palmeira das Missões
Redentora
Ronda Alta
Rondinha
Sagrada Família
São José das Missões
São Pedro das Missões
Sarandi
Três Palmeiras
Trindade do Sul
R 21 Sul
Amaral Ferrador
Arroio do Padre
Arroio Grande
Canguçu
Capão do Leão
Cerrito
Chuí
Cristal
Herval
Jaguarão
Morro Redondo
Pedras Altas
Pedro Osório
Pelotas
Pinheiro Machado
Piratini
Rio Grande
Santa Vitória do Palmar
Santana da Boa Vista
São José do Norte
São Lourenço do Sul
Turuçu

R 22 Pampa
Aceguá
Bagé
Candiota
Dom Pedrito
Hulha Negra
Lavras do Sul
R 23 Caxias e Hortênsias
Canela
Caxias do Sul
Gramado
Linha Nova
Nova Petrópolis
Picada Café
R 24 Campos de Cima Serra
Bom Jesus
Campestre da Serra
Esmeralda
Jaquirana
Monte Alegre dos Campos
Muitos Capões
Pinhal da Serra
São José dos Ausentes
Vacaria
R 25 Vinhedos e Basalto
Bento Gonçalves
Boa Vista do Sul
Carlos Barbosa
Coronel Pilar
Cotiporã
Fagundes Varela
Garibaldi
Guabiju
Guaporé
Monte Belo do Sul
Nova Araçá
Nova Bassano
Nova Prata
Paraí
Pinto Bandeira
Protásio Alves
Santa Tereza
São Jorge
União da Serra
Veranópolis

Vila Flores
Vista Alegre do Prata
R 26 Uva Vale
Alto Feliz
Antônio Prado
Bom Princípio
Farroupilha
Feliz
Flores da Cunha
Ipê
Nova Pádua
Nova Roma do Sul
São Marcos
São Vendelino
Vale Real
R 27 Jacuí Centro
Arroio do Tigre
Caçapava do Sul
Cachoeira do Sul
Cerro Branco
Encruzilhada do Sul
Estrela Velha
Ibarama
Lagoa Bonita do Sul
Novo Cabrais
Passa Sete
Segredo
Sobradinho
R 28 Vinte e Oito
Candelária
Gramado Xavier
Herveiras
Mato Leitão
Pantano Grande
Passo do Sobrado
Rio Pardo
Santa Cruz do Sul
Sinimbu
Vale do Sol
Vale Verde
Venâncio Aires
Vera Cruz
R 29 Vales e Montanhas
Anta Gorda
Arroio do Meio

Boqueirão do Leão
Canudos do Vale
Capitão
Coqueiro Baixo
Cruzeiro do Sul
Dois Lajeados
Doutor Ricardo
Encantado
Forquetinha
Ilópolis
Lajeado
Marques de Souza
Muçum
Nova Bréscia
Pouso Novo
Progresso
Putinga
Relvado
Roca Sales
Santa Clara do Sul
São José do Herval
São Valentim do Sul
Sério
Travesseiro
Vespasiano Correa
R 30 Vale da Luz
Bom Retiro do Sul
Colinas
Estrela
Fazenda Vilanova
Imigrante
Paverama
Poço das Antas
Taquari
Teutônia
Westfalia

ANEXO 1
TERMO DEACEITE INSTITUCIONAL

Ao Sr. *Elson Romeu Farias, Diretor do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde - Departamento de Ações em Saúde (DAS) está* de acordo com a realização da pesquisa *Incentivos financeiros estaduais à saúde da família: análise da distribuição nas 30 Regiões de Saúde, RS, 2013-2014* de responsabilidade da pesquisadora *Aline de Souza Moscardini* aluna de *Pós Graduação Gestão em Saúde EAD,* no Departamento da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com a Universidade Aberta do Brasil (UAB).

O estudo envolve a realização *descritivo e documental, por meio de dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais previstos na Resolução N° 503/13- CIB-RS, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul, durante os anos de 2013 a 2014. Este período foi delimitado considerando a publicação da referida Resolução no ano de 2013 e um período considerável para a sistematização e análise das adesões ao incentivo pelos municípios gaúchos.*

Eu, *Elson Romeu Farias, Diretor do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde - Departamento de Ações em Saúde (DAS) - Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), onde os dados serão coletados,* declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução N° 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados os quais serão coletados.

Porto Alegre, 13 de abril de 2015.

Elson Romeu Farias

Nome do(a) responsável pela instituição

Elson Romeu Farias
Diretor DAS/SES/RS
ID 30710492

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

cep_ih_modeio_termo_de_aceite_institucional