

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

ALINE DE SOUZA MOSCARDINI  
LUIS FERNANDO KRANZ  
ROGER DOS SANTOS ROSA

## INTRODUÇÃO

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 Sistema Único de Saúde (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.

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”.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) elencou seus critérios para definir as regiões de saúde, considerando suas necessidades e as diversidades locorregionais, tendo como produto tal definição: população de 300.000 habitantes, com região variando entre 100.000 até 500.000 habitantes; raio de 100 Km de distância, aproximadamente, considerando a disponibilidade de acesso (estradas); critérios de ponto de corte da região (imagem-situação); e, melhor funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR), tendo em vista potencializar o processo de planejamento e gestão regional (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

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.

O Programa Saúde da Família (PSF) – posteriormente a Estratégia de Saúde da Família, 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. De acordo com Costa (2004), é possível compreender que a proposta desse programa, condicionada à evolução histórica de re-

organização do SUS, visa modificar a lógica da rede de serviços básicos de saúde, com a implementação e expansão da ESF no Brasil.

A Saúde da Família (SF), junto à atenção básica, 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 atendimento é prestado na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe de SF 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).

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 real expansão da estratégia somente a partir de 2003, quando o estado priorizou, como estratégia de governo, investir na implantação das ESF. Em dezembro de 2003, o RS possuía 306 municípios com ESF e 615 equipes implantadas, o que significava uma cobertura populacional de 1.945.292 (18,7%), pessoas.

Em janeiro de 2014, o RS tinha 461 municípios com 1.688 ESF implantadas e cobertura populacional de 5.367.659 (49,84%) pessoas. A meta, até o final de 2015, era atingir uma cobertura de 70% da população gaúcha de ESF e fortalecer financeiramente a atenção básica dos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Meta não atingida, já que ao iniciar 2015 a cobertura era de 52,56% (BRASIL, 2015).

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 Agentes Comunitários de Saúde (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 são 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 alcança-

da 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”.

Neste contexto, é objetivo deste estudo descrever 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. Em específico: a adesão aos incentivos para Médicos de Família e Comunidade, para o segundo Enfermeiro e para Técnico em Saúde Bucal modalidade I por região de saúde.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

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.

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.

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.

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.

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. 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.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizado levantamento, por região de saúde, quanto ao número de municípios, população residente e total das adesões ao incentivo, além das adesões aos incentivos e ao aumento de profissionais contemplados, conforme o previsto na Resolução nº 503/13 – CIB/RS (Tabela 1).

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

REGIÃO DE SAÚDE	n municípios	População	Adesões 2014	2º Enferm	MFC	Téc Saúde Bucal
R 01 Verdes Campos	21	418.790	1	1	-	-
R 02 Entre Rios	11	123.567	2	2	-	-
R 03 Fronteira Oeste	11	462.011	-	-	-	-
R 04 Belas Praias	12	141.500	4	4	-	-
R 05 Bons Ventos	11	207.987	2	-	2	-
R 06 V. Paranhana/C. Serra	8	215.611	2	2	-	-
R 07 Vale dos Sinos	15	765.656	5	4	1	-
R 08 Vale Caí/Metropolitana	18	725.660	4	1	3	-
R 09 Carbonífera/Costa Doce	19	387.704	1	1	-	-
R 10 Capital/Vale Gravataí	6	2.241.453	34	-	9	25
R 11 Sete Povos Missões	24	283.995	5	4	-	1
R 12 Portal das Missões	13	151.442	1	1	-	-
R 13 Diversidade	20	223.034	9	5	4	-
R 14 Fronteira Noroeste	22	225.530	6	1	5	-
R 15 Caminho das Águas	26	185.592	6	6	-	-
R 16 Alto Uruguai Gaúcho	33	230.291	7	7	-	-
R 17 Planalto	28	386.836	4	3	1	-
R 18 Araucárias	20	128.494	2	2	-	-
R 19 Botucarái	14	115.495	3	1	2	-
R 20 Rota da Produção	26	161.176	7	6	1	-
R 21 Sul	22	847.689	4	4	-	-
R 22 Pampa	6	182.865	-	-	-	-
R 23 Caxias e Hortênsias	6	546.080	2	-	2	-
R 24 Campos de Cima Serra	9	95.435	1	1	-	-
R 25 Vinhedos e Basalto	22	284.822	1	-	1	-
R 26 Uva Vale	12	172.390	-	-	-	-
R 27 Jacuí Centro	12	199.922	-	-	-	-
R 28 Vinte e Oito	13	330.098	2	1	1	-
R 29 Vales e Montanhas	27	210.271	9	5	4	-
R 30 Vale da Luz	10	119.207	2	-	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>10.770.603</b>	<b>126</b>	<b>62</b>	<b>38</b>	<b>26</b>

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

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. A região 10 – Capital/Vale Gravataí totalizou 34 adesões. Tal região é formada por apenas seis municípios (incluindo a capital estadual, Porto Alegre), mas possui a maior população, com 2.241.453 habitantes.

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 9 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 financia-

mento, 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 predis põe que o gestor de saúde considera a importância da saúde de 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; difi-

culdade 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/Normalização (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.

## 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](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 intersectorialidade. 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](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](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](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](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](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 equidade; 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](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 Barros. 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, Nao-mar de Almeida Filho. - 1. ed. - Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720p.

CONASS documenta, CADERNOS de informação técnica e memória de Progestores Nº 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, 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.

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](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\\_REGIO\\_ES\\_SAUDE.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO_ASSEDISA_REGIO_ES_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

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 Nivaldo 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, v.27, n.6, pp. 1201-1212, 2011.