

# *A governança de financiamento de um serviço de atendimento móvel de urgência nacional*

Ana Carolina Petryszyn Assis<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-6717-0931) (carolpetryszyn@gmail.com)

Brígida Gimenez Carvalho<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0003-3850-870X) (brigidagimenez@gmail.com)

Fernanda de Freitas Mendonça<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-3532-5070) (fernanda0683@gmail.com)

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-5873-7561) (alnunes.3@gmail.com)

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil.

**Resumo:** O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o componente móvel pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. Funciona como um observatório privilegiado da rede que possibilita a articulação e integração com os diversos serviços de saúde. Este estudo objetiva avaliar a governança de financiamento de um SAMU Regional. Trata-se de um estudo avaliativo, desenvolvido de junho de 2017 a agosto de 2018, por meio de análise documental e de entrevistas com sete informantes-chave do SAMU da macrorregião norte do Estado do Paraná. Os resultados apontam que o aporte financeiro foi efetuado de acordo com normatizações, porém insuficientes para a manutenção do serviço, tendo os municípios arcado com mais de 50% do total de gastos no período do estudo. Foi possível inferir que a governança de financiamento deste SAMU é incipiente, pois as informações sobre o financiamento foram díspares, pouco divulgadas e pouco apropriadas pelos atores envolvidos em seu processo de governança. Conclui-se que a deficiente governança de financiamento contribui para ampliar a dificuldade do SAMU no cumprimento da função de ordenar e articular a integração dos componentes da Rede de Urgência e Emergência.

► **Palavras-chave:** Governança. SAMU. Financiamento da Assistência à Saúde. Regulação e Fiscalização em Saúde.

Recebido em: 13/01/2022

Revisado em: 30/04/2024

Aprovado em: 13/05/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434095pt>

Editor responsável: Rondineli Silva

Pareceristas: Gisele O'Dwyer e Mariana Konder

## Introdução

Os acometimentos de urgência e emergência provocados por acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e traumas/causas externas são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade no país, por altos custos para o sistema de saúde, por anos potenciais de vida perdidos e ainda por impactos para o indivíduo, famílias e sociedade. A prevenção desses agravos deve fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde e diversas estratégias governamentais, especialmente para redução dos altos índices de óbitos por causas externas têm sido lançadas (Preis *et al.*, 2018). A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para ampliar acesso e qualidade do atendimento às urgências e emergências e, conseqüentemente, melhora dos indicadores de saúde relacionados a esses agravos, foi a instituição, em 2003, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (Brasil, 2006).

Esta Política organiza os componentes: pré-hospitalar (fixo e móvel), hospitalar e pós-hospitalar. O componente pré-hospitalar móvel de urgência efetivou-se por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e sua implantação se deu com base em indução normativa e financeira, sendo prioridade sua implantação em municípios e regiões de todo território brasileiro (Brasil, 2006; O'Dwyer *et al.*, 2017).

Com a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a central de regulação (CR) do SAMU foi considerada o elemento-chave para ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências, constituindo centro articulador da rede (Brasil, 2011). Para o adequado cumprimento dessa função, estudos têm demonstrado a importância de um sistema de governança (Ortiga, 2014; Ibanhes *et al.*, 2007).

A governança se refere aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder. Permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades, profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas (Marques, 2013).

O sistema de governança de uma rede de atenção abrange três aspectos: institucional, gerencial e de financiamento, esta última o foco de análise do presente estudo. A governança de financiamento é viabilizada por meio dos planos de ação regionais, em que devem ser detalhados os recursos financeiros, a responsabilidade

de cada ente na sustentabilidade dos planos, e os recursos que serão alocados por prestador de saúde. Sua operacionalização deve ser feita por meio de instrumentos e mecanismos de Regulação da Atenção, tais como: programação geral, contratualização de estabelecimentos públicos e/ou prestadores privados e regulação do acesso (Brasil, 2014).

Estudos sobre a implementação da RUE no Brasil apontam que o financiamento adequado é condição indispensável para que a política de urgência e emergência atinja os resultados estabelecidos; que a insuficiência dos recursos repassados e a concomitante descentralização dos serviços de saúde sobrecarregam os municípios (Faria *et al.*, 2017); e “o subfinanciamento limita a atuação dos gestores no cumprimento dos compromissos pactuados, dificulta o pagamento, a manutenção e o investimento em qualificação de profissionais de saúde, provocando descontinuidade do atendimento” na RUE (Torres *et al.*, 2015, p. 367). Outro aspecto fundamental na implementação da RUE e que constitui um desafio é o desenvolvimento da regionalização. Tal desafio se deve à complexidade deste processo, considerando que cada município tem características e processos de gestão muito distintos, o que gera dificuldades na integração e coordenação dos serviços e no financiamento dos serviços em rede (Flexa; Barbastefano, 2020).

Outros autores destacam que determinantes sociais e políticos, de subfinanciamento, de infraestrutura deficitária, são condições que fragilizam o sistema de governança da RUE e colocam a CR em dificuldades para exercer seu papel (Ortiga, 2014; O’Dwyer, 2010; Veloso; Araujo; Alves, 2012; Padilha *et al.*, 2018).

Desta forma, a implantação efetiva e de qualidade da RUE está nitidamente atrelada ao financiamento adequado, à existência de uma rede, de um sistema de informações que forneça dados da situação em que o serviço está instalado, da qualificação de seus profissionais e de um sistema de governança articulado (Machado; Salvador; O’Dwyer, 2011). O’Dwyer *et al.* (2017) também apontam a inexistência de indicadores de desempenho do SAMU, sendo necessários estudos de casos para elucidar processos locais.

Essas considerações indicam a necessidade que seja avaliada a governança de financiamento do componente pré-hospitalar móvel e a suficiência dos recursos estabelecidos em portarias do MS, bem como de sua utilização, tendo em vista que, apesar de inúmeras portarias que regulamentam o funcionamento da RUE, ainda não existem indicadores para avaliação de seu sistema de governança. Buscando

responder a essa lacuna, o presente estudo teve como objetivo avaliar o sistema governança de financiamento do componente pré-hospitalar móvel da RUE em uma região de saúde do Estado do Paraná.

## Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caso avaliativo do sistema de governança de financiamento do componente pré-hospitalar móvel de urgência – SAMU Regional, localizado na macrorregião norte do Estado do Paraná. Esta região é constituída por 21 municípios, com população total de 964.251 habitantes (IBGE, 2019). Optou-se pelo estudo de caso porque este tipo de estudo é adequado para a investigação de um “fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes” (Yin, 2010, p. 39).

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: análise documental e entrevistas. A pesquisa de campo com abordagem documental foi realizada no período de junho de 2017 a agosto de 2018, por meio da análise dos seguintes documentos:

- Atas de reuniões, resoluções e deliberações da CIR 17<sup>a</sup> RS-PR/CIB/PR de 2012 a 2017;
- Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte (2017);
- Portarias Ministeriais de Habilitação e Qualificação da Central de Regulação e das Unidades Móveis do SAMU; e
- Relatórios do Fundo Municipal de Saúde de Londrina, relativos aos anos de 2015, 2016 e 2017.

As portarias, o Plano de Ação de Urgência e Emergência e as pactuações intergestores feitas na CIB/PR foram utilizadas para subsidiar a identificação dos recursos financeiros definidos para o repasse dos três entes federados para o município sede. O Relatório do Fundo Municipal de Saúde possibilitou a verificação do recebimento dos recursos financeiros estadual, federal e dos municípios da região de abrangência; bem como as despesas efetuadas para o SAMU. Os demais documentos possibilitaram a identificação de pactuações entre os entes, a responsabilidade de cada ente assumida para a sustentabilidade da RUE, bem como os recursos pactuados e a definição sobre a alocação dos recursos entre os serviços integrantes dessa rede.

Os documentos foram obtidos diretamente no sítio eletrônico dos governos federal e estadual e nas instituições pesquisadas, após sua autorização formal, respeitando-se os critérios de acesso estabelecidos e preservando-se o sigilo das informações. Os documentos foram arquivados em pastas e organizados por fonte documental, e para cada um foi criada uma ficha de leitura contendo resumo, referências biográficas e principais resultados que poderiam ser utilizados posteriormente.

A análise documental também subsidiou o preenchimento de uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) – subdimensão Financiamento (Quadro 1), já validada em estudo anterior sobre o tema (Ortiga, 2014).

**Quadro 1.** Matriz avaliativa do serviço de atendimento móvel de urgência, segundo a dimensão Gestão da Urgência, subdimensão Financiamento

Gestão da Urgência	Financiamento	Cofinanciamento	Percentual de USB com aporte financeiro estadual e ou municipal aos municípios que sediam USB.
		Cobertura do recurso Federal	Percentual de Unidades móveis e Centrais de Regulação recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias.

Fonte: Ortiga, 2014.

O parâmetro de avaliação utilizado foi: Bom – quando nenhum indicador foi avaliado como ruim e mais de 50% dos indicadores avaliados foram classificados como bom; Ruim – quando nenhum indicador foi avaliado como bom e 50% ou mais dos indicadores avaliados foram classificados como ruim; e Regular – quando 50% ou mais dos indicadores foram classificados como regulares e as demais situações (Ortiga, 2014).

As entrevistas foram realizadas de maio a junho de 2017 pelas duas primeiras autoras, após ter sido realizada uma entrevista piloto para validação do roteiro semiestruturado, que continha questões sobre: a infraestrutura disponível e a estrutura hierárquica do SAMU, o funcionamento dos comitês gestores de atenção à urgência, o financiamento (se atendia às necessidades dos municípios abrangidos) e o repasse de recursos dos demais entes para o município sede do SAMU. Para as entrevistas foram selecionados, por conveniência, sete informantes-chave, que exerciam funções relevantes para a gestão e governança do componente pré-hospitalar móvel da RUE. Os sete entrevistados foram: o Diretor de Urgência e

Emergência do município sede do SAMU (médico); o Coordenador de Enfermagem do SAMU; o Coordenador Médico do SAMU; a Coordenadora Administrativa (assistente administrativo) do SAMU; a responsável técnica da RUE da macrorregião norte (enfermeira) e dois Médicos Reguladores da CR da 17ª Regional de Londrina. Os dois médicos reguladores já haviam exercido o cargo de diretor de urgência e emergência no município.

As entrevistas foram realizadas na sede do SAMU, em ambiente reservado, estando presentes apenas as entrevistadoras e o entrevistado, que após ser esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, manifestou sua concordância ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas duraram, em média, 45 minutos, foram gravadas, transcritas e as falas dos entrevistados foram identificadas por códigos (E1...E7), a fim de assegurar o sigilo de suas identidades.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, que, enquanto método “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2009, p. 33), e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para a análise, procedeu-se a uma leitura flutuante de todas as entrevistas para possibilitar a impregnação dos dados e a composição do *corpus* da análise de conteúdo. Em seguida, foi realizada a leitura detalhada e aprofundada das transcrições, com a constituição de sínteses, a partir das quais foram constituídas duas categorias temáticas: Suficiência do financiamento para o custeio do SAMU e Funcionamento dos Comitês Gestores.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela Regional de Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade a que as pesquisadoras estão vinculadas, CAAE 58852016.1.0000.5231.

## Resultados

Da análise documental, foi possível identificar a estrutura do SAMU existente no município, o teto financeiro estabelecido, assim como os valores recebidos e gastos pelo município sede para sua manutenção. A partir destas informações foi preenchida a MAJ, e analisadas informações sobre recursos recebidos e gastos que auxiliam a compreensão do componente de financiamento do SAMU.

## Financiamento do SAMU

Os indicadores da MAJ de Cobertura do Recurso Federal e o Cofinanciamento Estadual/Municipal para o SAMU em estudo, foram avaliados como bom, com base na pontuação recebida de acordo com os parâmetros de avaliação. Essa avaliação foi atribuída porque todas as unidades móveis: unidade de suporte avançado (USA) e unidade de suporte básico (USB) dos municípios da Região e CR receberam, durante o período estudado, os recursos do Ministério da Saúde para seu custeio, por meio de incentivos de habilitação e qualificação. Também houve o recebimento do recurso estadual pactuado em CIB para o financiamento da CR e USA. No entanto, o Estado não custeou os 25% das USB, conforme o estabelecido em portarias ministeriais, repassando este encargo aos municípios, com a justificativa de que realiza integralmente o custeio da unidade aeromóvel.

O financiamento é uma condição imperativa para o adequado funcionamento da RUE, o qual possibilita uma boa gestão da atenção às urgências. O fluxo para a habilitação das unidades do componente SAMU 192 estabelecido pelo MS prevê a demonstração de efetivo funcionamento por meio do envio de documentação específica para a secretaria de Assistência à saúde (SAS) do MS, estabelecida na Portaria nº 1.010 (Brasil, 2012). Aprovada a documentação listada na Portaria, a SAS/MS publica portaria específica de habilitação da Central de Regulação das Urgências, da Base Descentralizada e/ou das Unidades Móveis do Componente SAMU 192, para fins de torná-las aptas ao recebimento dos recursos de custeio relativos às unidades habilitadas.

O componente SAMU Regional Norte de Londrina integra o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, vinculado à Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde. Possui quatro coordenações: administrativa, médica, de enfermagem e de leitos municipais. Possui uma CR habilitada e qualificada, localizada no município sede, cuja operacionalização é realizada por meio do técnico auxiliar de regulação médica e do médico regulador, que trabalham em conjunto, em regime de plantão. Possui também 15 USB todas habilitadas e qualificadas, distribuídas em 10 municípios da região, sendo que destas, cinco unidades estão lotadas em Londrina. Há ainda quatro USA, três em Londrina e uma em Rolândia, todas também habilitadas e qualificadas; além de um veículo de intervenção rápida (VIR) e um helicóptero para atendimento Aeromédico, no município de Londrina, ambos habilitados, porém

não qualificados (Paraná, 2017). Esses equipamentos servem como referência para aqueles municípios que não possuem o serviço e devem cobrir toda a região.

As Centrais de Regulação Médica de Urgência e as Unidades de Suporte Avançado de Vida serão financiadas com recursos financeiros do Ministério da Saúde, no montante de 50% do valor estabelecido em Portaria Ministerial; com recursos da Secretaria de Estado do Paraná, no montante de 50% do valor estabelecido em Portaria Ministerial; e complementarmente pelos Municípios habilitados, tanto no critério de habilitação quanto de qualificação (CIB-PR no 72, 2012, p. 1).

A partir da competência outubro de 2017, por meio da Deliberação CIB/PR nº 229/2017, o repasse estadual para financiamento do SAMU foi acrescido de 50% do valor para custeio das Unidades de Suporte Avançado, Unidades Aeromédicas e Veículos de Intervenção Rápida:

O valor mensal [R\$ 48.221,00] segue o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde no critério de qualificação das unidades Móveis do SAMU, acrescido de 50% [R\$ 24.110,50], podendo ser alterado em função de novas habilitações ou qualificações dos serviços pelo Ministério da Saúde, bem como em razão de ampliação destes (CIB-PR nº 229, 2017, p.2).

Para analisar como se deu a destinação de recursos de transferência para o SAMU, também foi realizada análise do Relatório do Fundo Municipal de Saúde no período de 01/01/2015 a 31/12/2017. Na análise constatou-se que todas as despesas (Projeto/Atividade 10.302.0025.6110) relacionadas ao SAMU totalizaram, nos anos de 2015, 2016 e 2017, o equivalente a R\$ 17.379.882,77; R\$ 17.253.225,43 e R\$ 19.601.097,80, respectivamente (Quadro 2). Em contrapartida, nesse período os incentivos/repasses para custeio do serviço recebidos dos governos federal e estadual representaram, juntos, aproximadamente 47% nos dois primeiros anos e 45% em 2017, o que é muito inferior ao proposto pela Portaria nº GM/MS 1010/2012, que redefiniu as diretrizes para a implantação do SAMU e da Central de Regulação de Urgência. Esta portaria estabeleceu que as despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, na proporção de 50% da despesa (União), no mínimo 25% (estados e Distrito Federal) e no máximo 25% (municípios) (Brasil, 2012). No caso em estudo, os municípios arcaram com mais de 50% da despesa de custeio do serviço no período em estudo.

Cabe ressaltar também que o aumento dos custos ocorridos no ano de 2017 foi assumido quase que integralmente pelos municípios, uma vez que os valores

repassados pela União não tiveram reajuste desde 2013, e pelo Estado do Paraná os valores fixados em 2012 foram reajustados somente em outubro de 2017.

**Quadro 2.** Incentivo Federal, Estadual e despesa anual para a manutenção do SAMU Regional de Londrina, 2015 a 2017

Ano	Repasso Incentivo Federal (R\$)	%	Repasso Incentivo Estadual (R\$)	%	Total Incentivo recebido (R\$)	Participação % dos municípios	Despesa anual SAMU Região Norte – Londrina (R\$)
2015	4.421.550,25	25,4	3.661.276,00	21,1	8.082.826,25	53,5	17.379.882,77
2016	4.397.784,00	25,5	3.661.296,00	21,2	8.059.080,00	53,3	17.253.225,43
2017	4.859.784,00	24,8	3.950.622,00	20,2	8.810.406,00	55,1	19.601.097,80

Fonte: elaboração própria.

Em relação à participação no custeio do SAMU pelos municípios da região, foi pactuado em CIB que, realizada a apuração anual entre os valores recebidos de incentivo (federal e estadual) e pagos, a diferença seria custeada por meio de um valor *per capita*, repassado mensalmente ao município-sede. No ano de 2017, foi estabelecido o valor de R\$ 0,36 *per capita*, e o valor repassado ao município sede pelos municípios da área de abrangência da CR, totalizou R\$ R\$ 771.841,99. Neste ano, vários municípios estavam inadimplentes com o repasse do SAMU, e, no mês de junho de 2018, o valor em atraso (dívida dos municípios da região para com o município sede) era de R\$ 1.876.415,00 (Londrina, 2017).

Verificou-se, ainda, que a maior parte dos gastos ocorridos nesse período para manutenção do SAMU (aproximadamente 90%) foi com o pagamento de recursos humanos.

A seguir, são apresentadas as duas categorias temáticas resultantes da análise das entrevistas: Suficiência do financiamento para custeio do SAMU e o funcionamento dos Comitês Gestores de Urgência. A análise das entrevistas possibilitou complementar a avaliação do sistema de governança de financiamento do SAMU ao revelar o domínio de informações sobre o financiamento por atores-chave nesse processo, sobre como se realizam o planejamento e a utilização dos recursos, bem como é o funcionamento e a participação desses atores nos espaços de governança da

rede de urgência. Essas questões foram cruciais para avaliar o sistema governança de financiamento e não foram reveladas nos documentos analisados.

Desta forma, a triangulação dos resultados da análise documental e das entrevistas possibilitou avaliar o sistema governança de financiamento do componente pré-hospitalar móvel da RUE de forma ampla e aprofundada, por meio da iluminação da realidade sob vários ângulos.

## **Suficiência do financiamento para custeio do SAMU**

Na análise das entrevistas, constataram-se opiniões divergentes sobre a suficiência dos valores recebidos para o custeio do SAMU. Para alguns entrevistados, o valor de custeio, definido em portaria, nem sempre representa o que realmente é gasto para manutenção e funcionamento de todos os componentes da RUE. Houve apontamentos de que o custeio do Complexo Regulador é deficitário da parte do governo federal e do estadual, cabendo ao município sede, grande parte do aporte financeiro para o custeio do SAMU.

Investimento tripartite, 50% federal, 25% estadual e 25% municipal?! O último cálculo que nós fizemos, o [nome do município] chegou a quase 40-45% do custeio de cada unidade, quase a mesma quantidade que o governo federal repassou [...] (E5).

[...] ele é muito mal custeado [...] esse valor é fixo, baseado nas últimas portarias, que é uma portaria de 2013 que reajustou os valores [...] E o complexo custa muito mais que aquilo. Hoje o município de [nome do município] gasta alguns milhões de reais por ano para sustentar esse complexo [...] (E1).

Também foi apontado que o repasse não é suficiente para atender às necessidades do SAMU, como para a manutenção de frotas, pois “praticamente não existe, a gente não tem uma manutenção preventiva; geralmente se destrói para depois tentar arrumar [...]” (E4).

[...] a gente tem ambulância quebrada, baixada, ambulância batida aguardando liberação para o conserto, pneus às vezes careca, sirene sem funcionar, então a impressão que dá é que o recurso não é suficiente” (E3).

No entanto, para outro entrevistado o repasse financeiro de outras esferas é suficiente para a manutenção do SAMU, tendo em vista que o Governo do Estado do Paraná é um dos poucos estados da federação que repassa para o Fundo Municipal de Saúde do município sede o custeio do suporte avançado juntamente com o governo federal:

Em [nome no município] são 50% da União e 50% do Estado, então assim, o município não tira um centavo do bolso para custear o suporte avançado, então nós temos quatro suportes avançados nesse município hoje, que são as três unidades de suporte terrestres e mais o suporte avançado Aeromédico (E4).

E ainda para outros entrevistados não há clareza sobre a aplicação correta dos recursos recebidos pelo gestor. Alguns apontaram que há uso indevido dos recursos recebidos de outras esferas, ou seja, acreditam que o recurso “não é destinado somente para aquilo que ele vem” (E2); “se fosse aplicado todo no SAMU eu acredito que seria suficiente” (E6).

[...] todo dinheiro que vem para o SAMU é gasto no SAMU na prática? Eu não sei te falar, se tudo isso é gasto no SAMU, se é dividido em outro serviço, se tem outra pactuação que usa a mesma fonte de recursos, eu não sei te falar hoje em dia como está, mas o que a gente percebe, é que o recurso não dá (E3).

Há ainda aqueles que consideram que o maior entrave para o financiamento do serviço são problemas na gestão do recurso do que propriamente no valor recebido: “a gestão desse dinheiro é que é feita de forma errada” (E4); “acho que o dinheiro ir para a conta conjunta da secretaria é uma coisa complicada, porque esse dinheiro se perde no meio do fluxo, que é um fluxo enorme da secretaria” (E7).

Ainda em relação ao financiamento do SAMU Regional, existe a pactuação em CIB de que os municípios da área de abrangência do serviço devem contribuir para seu custeio por meio de um valor *per capita* para os municípios que sediam o SAMU com as USB e as USA. Porém, a maioria dos entrevistados afirmou que o município sede não está recebendo dos demais municípios a contrapartida pactuada em CIB, de forma regular, existindo vários municípios da região inadimplentes: “Na última reunião da CIB, falaram que os municípios não estavam pagando. E isso dificulta muito” (E2), pois, [...] poucos municípios fazem o repasse correto para seus polos, tanto que tem municípios que nunca fizeram repasse (E7).

Esse impasse dos municípios começou em 2011, quando o SAMU foi regionalizado, e segundo os entrevistados, desde então não está consolidado o repasse *per capita* e a contrapartida para municípios com bases descentralizadas que sediam o SAMU. Referem que questões políticas são determinantes para a não regularização da situação:

[...] município que não paga *per capita* [...] é cômodo eu ter uma regulação, ter um helicóptero na hora que eu precisar, ter um suporte avançado por terra na hora que eu precisar

ou um suporte básico do município vizinho. Vão me atender e eu não tiro do meu bolso, é cômodo, e aí, muita questão partidária, ou de própria vontade política (E4).

## O funcionamento dos Comitês Gestores de Urgência

A estruturação e formalização dos Comitês Gestores é pré-requisito para a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel, definido pela Portaria nº 1.864 (Brasil, 2003). Atendendo a esse requisito, houve a instituição de um Grupo Condutor Estadual de Urgências (GCEU), pela CIB-PR de agosto de 2011, e de um Comitê Gestor do Sistema Estadual de Urgência – para atuarem como instâncias representativas em apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação do sistema de urgência, de forma colegiada e cooperativa (CIB, 2011).

Também na região, foram criados os Comitês Gestores Municipal e Regional, com representação de gestores públicos e prestadores de serviços da RUE (públicos e privados). No entanto, esses comitês não se reúnem regularmente. “O ideal é que as reuniões dos comitês fossem mensais, alternando um mês municipal, um mês regional, mas a gente está há praticamente dois anos sem reunião nenhuma” (E1).

Muitos dos problemas apontados pelos entrevistados, para o não funcionamento adequado dos Comitês Gestores, são que nas reuniões era “um encontro só para dizer que tem o comitê e assim não se revolve nada [...] eles vêm com queixa do serviço do SAMU, e o SAMU vai com as queixas e ficam trocando acusações e saem sem solução nenhuma” (E4).

A fala de outro entrevistado corrobora essa avaliação, pois os próprios membros participantes das reuniões “falam que é melhor que não tivesse, porque o resultado dos comitês é quase sempre o mesmo, é uma discussão em relação à sobrecarga e déficit de financiamento e nada se resolve” (E5); “então de verdade ele não funciona [...]” (E4). Para outro entrevistado,

[...] esses comitês acabaram por se tornar sessões de análise, você vai, desabafava, o coordenador ficava na frente escutando, tentando apaziguar os ânimos, muitas vezes não conseguia e o comitê acabava [...] e todo mundo ia para casa e nada mudava (E5).

Desta forma, as reuniões deixaram de ser realizadas. Outros motivos alegados para inexistência das reuniões por um período tão longo, foram problemas relacionados à gestão, sendo citadas trocas frequentes de diretores da área, problemas com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outras dificuldades estruturais.

Acho que foi mais questão política mesmo. Acho que deram prioridade para outras coisas pela Secretaria de Saúde do município e o Comitê acabou que se perdendo. A necessidade e a utilidade direta dele acabaram sendo relegadas ao esquecimento (E7).

Um dos participantes enfatiza a necessidade de um melhor preparo do gestor na condução desse processo, pois para ele “depende muito de como a reunião é conduzida, se for chegar lá e passar a mão na cabeça de todo mundo, não vai resolver nada” (E3). Para ele, os hospitais têm contratos que devem ser cumpridos e a função do SAMU é regular a porta entrada de atendimento dos hospitais.

## Discussão

A avaliação do financiamento do SAMU, obtida pela MAJ, obteve resultado satisfatório, visto que os recursos de incentivo previstos em normatizações foram recebidos pelo município no período do estudo, tanto do Ministério da Saúde, quanto do estado do Paraná. Apesar disso, a previsão de que o investimento dos municípios seria correspondente à metade dos valores repassados pelo MS, foi em muito extrapolada. O volume de recursos dispendido pelos municípios para a manutenção do SAMU demonstra que esse serviço é prioritário para o caso em estudo.

A maior proporção no financiamento da Saúde pelos municípios, como o verificado no presente estudo, condiz com os princípios de descentralização do SUS, em que a participação da União nos gastos em saúde manteve-se muito abaixo do esperado em contrapartida dos outros entes federados, tanto em relação ao percentual do PIB quanto no gasto *per capita* (Brasil, 2013).

Os resultados apresentados permitem inferir que, além de um aporte maior de recursos pelo ente municipal, que o preconizado nas normatizações no SAMU estudado, há outros problemas, entre eles a defasagem dos valores de repasse federais e estaduais ao SAMU, a pouca transparência nos gastos e a falta de repasse de municípios membros da macrorregião. Padilha *et al.* (2019, p.4509), revelam que nos últimos anos houve “redução de recursos federais, especificamente para redes regionais de atenção; aumento da interferência legislativa e judicial nos recursos da saúde, pela evolução das emendas parlamentares e das ações judiciais e mudanças nas diretrizes de regionalização do SUS”. Neste sentido, Padilha *et al.* (2018) advogam que a constituição de uma rede integrada de atenção regional não se efetiva de modo burocrático, a partir da implementação de recursos pelas autoridades do sistema de saúde ou por fluxos de integração gerencial dos seus pontos de atenção.

Para Fleury e Ouverney (2012, p. 79), a questão do financiamento é emblemática no SUS pelo seu formato institucional, em que “nenhum dos atores do Estado detém os recursos suficientes, nem para prover atenção integral, nem para impor os rumos da política de saúde”. Para estes autores, a superação dessa situação passa pelo aperfeiçoamento dos instrumentos e mecanismos de desenvolvimento das relações intergovernamentais, que possibilitaria a ampliação de consensos e o aprofundamento do sentido de interdependência destes entes, “sem os quais torna-se deficitária ou mesmo insustentável a produção de resultados eficazes em contextos de governança em rede”.

Percebeu-se, neste estudo, que os atores são pouco informados e que são desconhecidas as questões relacionadas aos valores recebidos e gastos pelo gestor da saúde no município sede, ou seja, as informações sobre o financiamento foram díspares, pouco divulgadas e pouco apropriadas pelos atores envolvidos no processo de governança do SAMU. Constata-se que, apesar de todos os atores entrevistados ocuparem ou terem ocupado, em algum momento, cargo de gestão na RUE, há muita desinformação sobre o financiamento (valores recebidos e sua destinação). Muitos demonstraram desconhecer que os valores recebidos, apesar de respeitarem o que foi definido em portarias, foram insuficientes para o custeio e a manutenção de todos os serviços de maneira adequada.

Essa situação pode ser justificada por um aspecto que compromete a governança do serviço em estudo e, conseqüentemente, de toda a RUE – o longo período sem reuniões dos Comitês Gestores Municipal e Regional – espaços de pactuação entre os atores envolvidos na governança da RUE. Cabe destacar que os comitês gestores deveriam ser o lócus em que os planos de ação regionais fossem detalhados e pactuados os recursos financeiros e a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade desses planos. O funcionamento desses Comitês atenderia ao menos dois importantes princípios da governança pública: a transparência das informações e a participação dos diversos atores envolvidos no processo. Ou seja, o Comitê Gestor seria o lugar em que se implementaria a Governança de Financiamento.

Esta realidade é semelhante a encontrada por Ortiga (2014) em Santa Catarina, em que os colegiados de urgência, previstos na PNAU funcionam de modo fragmentando, dificultando a integração da rede assistencial. Esta autora afirma que para o SAMU atue de forma dinâmica e eficaz seria necessário que os sistemas

logísticos, de apoio e de governança, estivessem estruturados dando base para o funcionamento da rede de atenção e conseqüentemente do próprio SAMU.

Para Padilha *et al.* (2018) o subfinanciamento federal, o conflito entre a divisão administrativa estadual e as Redes Regionais de Atenção à Saúde, a indefinição dos instrumentos cooperativos de gestão com sustentabilidade, entre outros, são problemas frequentes que dificultam a regionalização, e em especial a governança da RUE nas regiões.

Além do subfinanciamento federal, há também a inadimplência dos municípios que integram a RUE, resultado que aponta fragilidade não só da governança de financiamento, mas também da cooperação entre os entes desta região. A esse respeito, Menicucci e Marques (2016) apontam que a cooperação interfederativa é um elemento imprescindível ao desenvolvimento das políticas sociais no Brasil e da regionalização e embora conste como componente central no arcabouço normativo das redes de atenção do SUS, sua concretização revela-se um processo difícil e de complexa institucionalização (Menicucci; Marques, 2016), como se pode comprovar nos resultados deste estudo. Neste sentido, os comitês gestores são espaços importantes para o planejamento da atenção que se pretende ofertar, principalmente no âmbito regional, devido à maior dificuldade de integração das unidades e serviços, considerando a existência de diferentes interesses entre os municípios, onde as realidades nem sempre são as mesmas (O'Dwyer, 2010).

Em relação à implementação da RUE, foi possível ainda identificar diversas dificuldades a serem enfrentadas em relação à governança de financiamento. O afastamento crescente da lógica de pagamento com base em tabelas de procedimentos, para o financiamento por meio de incentivo, certamente constitui avanço significativo, na medida em que valoriza o desempenho e a atenção integral e resolutiva. Porém, o não recebimento dos recursos financeiros suficientes para manutenção dos serviços constitui problema para os componentes da RUE, pois, mesmo havendo repasse regular, muitas vezes os gestores têm dificuldades em administrar os recursos e estabelecer metas específicas (Jorge *et al.*, 2014).

Duarte e Mendes (2018, p. 5) alertam para a fragmentação nos repasses dos recursos federais para os entes subnacionais, em que os recursos são “subdivididos entre os diferentes componentes que conformam cada rede, e que, por sua vez, são fragmentados em diferentes incentivos, seja para investimento, seja para custeio”. Para os autores, essa forma de repasse, além de contrariar o princípio da

transferência de recursos de forma mais global, também prejudica a autonomia dos entes subnacionais, especialmente os municípios.

No Brasil, o SUS enfrenta problemas e conflitos entre Estado, provedores de serviços privados e seguros de saúde. É relevante apontar que os instrumentos relacionados com a gestão de processos de contratação, bem com o acompanhamento dos resultados constituem “um aspecto indefinido na organização do SUS, o que afeta de maneira extremamente negativa a articulação estratégica no emprego dos recursos, reduzindo significativamente a racionalidade sistêmica (econômica) e a eficiência do SUS” (Fleury; Ouverney, 2012, p. 83), como também foi apontado neste estudo. Santos e Rover (2019) afirmam que a adoção de medidas de governança pública por parte das instituições governamentais influencia de maneira positiva a eficiência da aplicação dos recursos públicos em educação e saúde, proporcionando maior benefício à sociedade.

As indefinições e os desafios apresentados reforçam como a região de saúde ainda é frágil como o espaço territorial do SUS, o que determina a fragilidade em seu sistema de governança (Padilha *et al.*, 2018), não só para a RUE como para as demais redes de atenção. Para superar tal impasse, Santos e Campos (2015) defendem que a região de saúde seja constituída sob a ótica sanitária, com vistas a garantir a integralidade da atenção, e não meramente uma divisão geográfica e administrativa do Estado, e que haja comando único regional, com cogestão entre os municípios, estados e União. Dessa forma, a corresponsabilização entre os gestores conformaria um processo de organização de um sistema de governança direcionado à efetiva regulação do sistema, em especial para ordenação em uma de suas áreas mais sensíveis – a atenção às urgências e emergências (Barbosa; Barbosa; Najberg, 2016).

## Considerações finais

O presente estudo demonstrou que, apesar de a subdimensão Financiamento e seus respectivos indicadores terem sido avaliados como bons pelos critérios definidos na MAJ, os resultados obtidos por meio das entrevistas e análise documental apontam dificuldades financeiras do município sede para arcar com a manutenção do serviço. Esse resultado demonstra que processos de avaliação focados apenas em indicadores quantitativos nem sempre são suficientes para a avaliação global de um serviço. Neste sentido, a triangulação de resultados, obtidos por distintos métodos

(análise documental e entrevistas), mostrou-se fundamental para a compreensão mais ampla da governança de financiamento do SAMU.

Os resultados também permitiram inferir o quanto é incipiente a governança do SAMU, em especial a de financiamento, com pouco detalhamento dos recursos financeiros, incluindo quanto o município recebe de incentivo dos demais entes, e o quanto ele investe de recursos próprios para manutenção do serviço, bem como a não efetivação dos espaços de governança desta rede.

Sugere-se, para ampliar a governança de financiamento do SAMU, que seja realizada, com regularidade, a prestação de contas nas reuniões dos Comitês de Urgência (Municipal e Regional) e da Comissão Intergestores Regional – de quais recursos são recebidos e como são alocados, por prestador de serviços públicos e privados –, bem como quais os municípios da região estão inadimplentes como sua contrapartida *per capita*. Além disso, espera-se que nestes comitês se discuta como serão aplicados os recursos e outras decisões importantes desse serviço.

Conclui-se que a deficiência na governança de financiamento do SAMU contribui para ampliar sua dificuldade no cumprimento da função de ordenar e articular a integração dos componentes da RUE. Assim, recomenda-se que a subdimensão Financiamento seja ainda mais explorada em estudos futuros.

Considera-se por fim, que este estudo apresenta como limite o fato de ser estudo de caso, cujos resultados estão relacionados ao contexto de estudo e por isso não devem ser generalizados. Além disso, a dificuldade de analisar detalhadamente o gasto público, e o fato de terem sido entrevistadas apenas pessoas que participam da gestão do componente móvel pré-hospitalar da RUE também trazem limites ao estudo, pois considera-se que outros atores como os gestores dos demais municípios que integram esta rede e os prestadores de serviço de urgência e emergência – públicos e privados, além dos gestores do município com maior poder de decisão, têm destacada participação na governança da RUE e poderiam revelar aspectos importantes para a avaliação da governança de financiamento do componente pré-hospitalar móvel desta rede na região de saúde estudada.<sup>1</sup>

## Referências

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>>

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. PNAU. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde *Financiamento público de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, 2014.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. *Deliberação nº 82*, de 6 de setembro de 2011. Aprova a instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências do Paraná. Curitiba, 2011.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. *Deliberação nº 72, de 3 de maio de 2012*. Regulamenta o repasse de custeio fundo a fundo para manutenção do funcionamento do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Curitiba, 2012.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. *Deliberação nº 229*, de 11 de setembro de 2017. Aprova a alteração do repasse de recursos financeiros de custeio instituído pela Resolução nº SESA 272/2012, alterado pela Resolução SESA 131/2016 e pela Resolução SESA nº 169/2017, na modalidade fundo a fundo, referente à contrapartida estadual do incentivo de custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Curitiba, 2017.

DUARTE, L. S. C.; MENDES, A. N. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n.4, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8771>

FARIA, T. L. M. *et al.* A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n.3, pp. 726-737, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170063>

FLEURY, S.; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-44642012000200007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007&lng=pt&nrm=iso)

- FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios Públicos de Saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-38, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>
- IBANHES, L. C. *et al.* Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300016>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Brasil: Estimativas de População 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.
- JORGE, A. O. *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, v. 52, p. 125-145, 2014.
- LONDRINA. *Relatório do Fundo Municipal de Saúde de Londrina*. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde, 2017.
- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>
- MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Brazilian Political Science Review*, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-38212013000300001>
- MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. F. Coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados*, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/00115258201693>
- O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500014>
- O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 7, p. e00043716, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043716>
- ORTIGA A. M. B. *Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina*. Tese. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.
- PADILHA, A. R. S. *et al.* Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811803>

PADILHA, A. *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4509-4518, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25392019>

PARANÁ. *Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de Urgência e Emergência*. Secretaria de Saúde do Paraná, 2017.

PREIS, L. C. *et al.* Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 12, n. 3, p. 716-728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, pp. 438-446, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>

SANTOS, R. R.; ROVER, S. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos. *Revista de Administração Pública*, v. 53, n. 4, p. 732-752, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-761220180084>

TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, v.24, n. 1, p. 361-373, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>

VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 4, p. 126-132, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400016>

YIN, R. K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## Nota

<sup>1</sup> A. C. P. Assis e B. G. Carvalho: concepção e redação do manuscrito, análise dos resultados, discussão e revisão do texto, aprovação da versão final; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. F. de F. Mendonça e E. de F. P. de A. Nunes: revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

# *Abstract*

## *The governance of financing a regional mobile care service*

The Mobile Emergency Care Service is the pre-hospital mobile component of the Emergency Care Network. It works as a privileged network observatory that allows articulation and integration with the different health services. This study aims to evaluate the financing governance of a Regional Mobile Emergency Care Service. This evaluative study was developed through documentary analysis and interviews with seven informants from the Mobile Emergency Care Service in the northern macro-region of the State of Paraná, from June 2017 to August 2018. The results show that the financial contribution was carried out according to ministerial ordinances, but insufficient to maintain the service, with municipalities bearing more than 50% of total expenses during the study period. It was possible to infer that the governance of financing of this Mobile Emergency Care Service is incipient, because the information about the financing they were disparate, little publicized, and little appropriated by the actors involved in the governance process. It is concluded that the poor financing governance contributes to the difficulty of Mobile Emergency Care Service in fulfilling the function of ordering and articulating the integration of the components of the Urgency and Emergency Network.

► **Keywords:** Governance. Emergency Medical Services. Healthcare Financing. Health Care Coordination and Monitoring.

