



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO**

MAIZA SANDRA RIBEIRO MACEDO SILVA

FINANCIAMENTO DO SAMU-192 NO BRASIL, 2017-2021

Feira de Santana, BA.
2024



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO**

MAIZA SANDRA RIBEIRO MACEDO SILVA

FINANCIAMENTO DO SAMU-192 NO BRASIL, 2017-2021

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho.

Feira de Santana, BA.
2024

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

MAIZA SANDRA RIBEIRO MACEDO SILVA

FINANCIAMENTO DO SAMU-192 NO BRASIL, 2017-2021

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho.

Aprovação em Feira de Santana-Ba, _____.

Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profº Drº João Henrique Gurtler Scatena
Universidade Federal de Mato Grosso

Profª Drª Marisa Aparecida Amaro Malvestio
Universidade de São Paulo

Profª Drª Fabiola Supia Vieira
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Profª Drª Silvone Santa Barbara da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profº Drº Andrei Souza Teles
Universidade Estadual de Feira de Santana

A todos os cidadãos que participaram dos movimentos sociais para a conquista do
Sistema Único de Saúde - SUS

AGRADECIMENTOS

Começo esse texto agradecendo primeiramente a **Deus**, por estar sempre me fortalecendo e me guiando com paz e resiliência para enfrentar os desafios que surgiram ao longo dessa caminhada.

A **professora Thereza Christina Bahia Coelho**, minha orientadora que tem me acompanhado desde a especialização, o meu muito obrigada por acreditar em mim, por toda paciência, direcionamento e apoio ao longo dos anos.

Aos meus pais, **Maria Doraciola e Teófilo Macedo** (in memorian), por incentivarem meus estudos e por todos os momentos de carinho e ajuda para conviver com os desafios da vida.

Aos meus **dez irmãos**, por seguirem juntos comigo em todas as caminhadas e serem minha fortaleza e porto seguro.

Aos meus filhos, **Beatriz e João Pedro**, pelas companhias diárias no estudo, cumplicidade e por entenderem o motivo de eu abdicar de alguns momentos para cumprir este sonho. Sem a ajuda de vocês o caminho seria mais difícil e mais longo.

A todos os **professores do doutorado**, por todos os ensinamentos de Saúde Coletiva e pelas contribuições para esta tese.

Aos **colegas do doutorado**, pela cumplicidade e pela prazerosa convivência nesses anos.

Ao **profº João Henrique Gurtler Scatena**, por ter aceitado e se disponibilizado a participar tanto da banca de qualificação, quanto da defesa da tese e por todas as suas contribuições neste estudo.

A **profª Marisa Aparecida Amaro Malvestio**, por ter aceitado e se disponibilizado a participar tanto da banca de qualificação, quanto da defesa da tese e por todas as suas contribuições neste estudo. Pela sua trajetória de luta e contribuições para o SAMU no Brasil.

A **profª Fabiola Supia Vieira**, por toda a sua gentileza e presteza e por aceitar fazer parte da banca examinadora.

A **profª Silvone Santa Barbara da Silva**, por toda a sua gentileza e presteza e por aceitar fazer parte da banca examinadora.

Ao **profº Andrei Souza Teles**, por toda a sua gentileza e presteza e por aceitar fazer parte da banca examinadora. Por compartilhar conhecimentos e ajuda sempre que necessário.

À **profª Clara Aleida Prada Sanabria** por ter aceitado e se disponibilizado a participar da banca de qualificação e por todas as suas contribuições neste estudo.

Ao **profº e amigo Basilio Fernandez Fernandez**, por toda atenção, disponibilidade e contribuições.

Ao **profº Everaldo Freitas Guedes**, por toda atenção, disponibilidade e Ao contribuições

A todos os **funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEMS**, especialmente aos funcionários da Secretaria do Mestrado, Jorge e Goreth, por toda gentileza, atenção despendida e todo apoio.

Aos **estudantes de enfermagem**, semestres 2021.2, 2202.1 e 2022.2, das disciplinas Enfermagem nas Urgências/ Emergências e Atendimento Pré-Hospitalar/Suporte Básico de Vida dos Centros Universitários Anísio Teixeira, Nobre e UNEF, pela ajuda incondicional.

À equipe de **Coordenação Estadual** de Urgência da SESAB.

À equipe de **Coordenação Nacional** de Urgência do Ministério da Saúde.

A Secretária de Saúde do município de Feira de Santana, **Cristiane Campos**, pelo apoio e confiança.

A equipe de **Gerência do SAMU 192** Regional Feira de Santana

A **todas as pessoas** que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento e concretização deste trabalho, eternizo aqui os meus singelos e sinceros agradecimentos.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”

Simone Beauvoir

RESUMO

Esta tese teve como objetivo analisar o financiamento e distribuição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos municípios do Brasil, no período de 2017 a 2021. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo analítico descritivo, comparativo e retrospectivo, que abrangeu o Brasil, as cinco regiões brasileiras e os 2.713 municípios brasileiros que possuíam SAMU implantado. Os dados acerca dos recursos financeiros destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), para custeio do SAMU, pela União, foram oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). O modelo de Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts – NHA) foi adaptado à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros e auxiliou no processo de coleta, organização e tabulação dos dados. As informações acerca dos municípios com SAMU implantado, foram levantadas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). No Brasil, de 2017 a 2021, os resultados encontrados demonstraram que o Gasto Público Federal em Saúde (GPFS) com SAMU, mostraram que, as transferências federais alcançaram a quantia de R\$ 5,3 bilhões, com aumento no valor nominal de 23,93%, e um crescimento real no número de serviços implantados na proporção de 45,20%. O maior volume de recurso financeiro, no período, foi destinado a região Sudeste, no valor de R\$ 1.959,2 milhões, seguida da região Nordeste, que alcançou o valor na ordem de R\$ R\$ 1.699,6 milhões. Enquanto que, a região Norte recebeu as menores transferências federais, no valor de R\$ 427,70 milhões. As transferências federais foram corrigidas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a preços constantes de dezembro de 2021. Identificou-se que durante a série temporal do estudo não aconteceu aumento nas verbas federais para o SAMU, e o financiamento não acompanhou as flutuações da inflação no período, portanto, diante dos aportes financeiros transferidos aos municípios, os recursos mostraram-se insuficientes para atendimentos às urgências móveis. Ao comparar a variação *per capita*, entre os anos de 2017 e 2021, o Brasil e as cinco regiões brasileiras, apresentaram uma concentração negativa. O Brasil, com uma variação de -16,96%, as regiões Sudeste (-24,98%) e Sul (-24,56%), enquanto que, a região Nordeste, ficou com a menor variação negativa na proporção de -3,23%. O financiamento per capita nos mesmos anos apontou oscilações e disparidades entre as regiões e intra regional, no ano de 2017, o Brasil apresentou um valor *per capita* de R\$ 8,06, já em 2021, esse valor decresce para a quantia de R\$ 6,69. Em 2017, a região Centro-Oeste apresentou a maior renda *per capita*, no valor de R\$ 8,83, superando a média nacional, chama a atenção que nessa região, o estado de Goiás apresentou a maior renda *per capita* do país, no valor de R\$ 9,65, e paradoxalmente, o Distrito Federal apresentou a menor renda *per capita*, no valor de R\$ 1,53. Já a região Norte, quando comparada as outras regiões, apresentou a menor renda *per capita*, no valor de R\$ 7,75, o estado de Amazonas, apresentou a maior renda *per capita*, da região no valor de R\$ 9,29, a menor renda *per capita*, na região ficou com o estado do Pará, R\$ 2,68. Quando se observa a distribuição dos municípios com SAMU, no ano de 2017, tem-se que 2.055 (36,89%) municípios do total de 5.570 tinham alguma Unidade Móvel (UM) do SAMU. Já, em 2021, essa proporção correspondia a 48,71% (2.713) dos municípios brasileiros. Referente à população com SAMU implantado, no ano de 2017, tem se que 146.926.063 (70,75%), habitantes é assistido por esse serviço no seu território. Já, em 2021, essa proporção corresponde a 80,21% (172.212.205) da população brasileira que no município onde reside tem pelo menos uma UM do SAMU. A região Nordeste apresentava o maior número de municípios com algum recurso móvel SAMU, 778 (43,37%), para o ano de 2017, mantendo-se nessa posição, em 2021, com 1.042 (58,08%) municípios com SAMU. A região Norte, como era de se esperar, apresentou o menor número de municípios com SAMU implantado, 106 (23,56%) em 2017, 128 (28,44%), em 2021. Percebe-se a necessidade imperiosa de ampliar o financiamento da saúde, em específico do SAMU, melhorar a gestão e a distribuição desses recursos, fortalecer as diretrizes de descentralização e regionalização para que o SAMU consiga capilarizar os territórios e interiorizar as urgências móveis, a fim de que as populações possam ter acesso as emergências tempo dependentes, antes de acessar o pré hospitalar fixo ou a unidade hospitalar. Apesar do SAMU ser um serviço de grande envergadura na saúde e na sociedade, não se percebem articulações

políticas e de gestão que apontem estratégias de mudanças nos critérios para ampliar o seu financiamento.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Saúde; Gastos em Saúde; Contas em Saúde; Sistema Único de Saúde; SAMU.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to analyze the financing and distribution of the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in Brazilian municipalities between 2017 and 2021. This is a quantitative, descriptive, comparative and retrospective analytical study covering Brazil, the five Brazilian regions and the 2,713 Brazilian municipalities that had SAMUs in place. The data on the financial resources allocated to Public Health Actions and Services (ASPS) by the Federal Government to fund the SAMU came from the National Health Fund (FNS). The National Health Accounts (NHA) model was adapted to the reality of Brazilian financing and information systems and helped in the data collection, organization and tabulation process. Information on municipalities with SAMUs in place was collected from the National Register of Health Establishments (CNES). In Brazil, from 2017 to 2021, the results showed that the Federal Public Expenditure on Health (GPFS) with SAMU, showed that federal transfers reached the amount of R\$ 5.3 billion, with an increase in the nominal value of 23.93%, and a real growth in the number of services implemented in the proportion of 45.20%. The largest volume of financial resources in the period went to the Southeast, in the amount of R\$1,959.2 million, followed by the Northeast, which received R\$1,699.6 million. Meanwhile, the North region received the lowest federal transfers, amounting to R\$427.70 million. The federal transfers were adjusted using the Broad National Consumer Price Index (IPCA), at constant prices for December 2021. It was found that during the time series of the study there was no increase in federal funding for SAMU, and funding did not keep pace with inflation fluctuations in the period, so, given the financial contributions transferred to the municipalities, the resources proved to be insufficient for mobile emergency care. When comparing the per capita variation between 2017 and 2021, Brazil and the five Brazilian regions showed a negative concentration. Brazil, with a variation of -16.96%, the Southeast (-24.98%) and South (-24.56%) regions, while the Northeast region had the smallest negative variation of -3.23%. Per capita funding in the same years showed fluctuations and disparities between regions and within regions: in 2017, Brazil had a per capita value of R\$8.06, while in 2021, this value fell to R\$6.69. In 2017, the Midwest region had the highest per capita income, at R\$8.83, exceeding the national average. It is noteworthy that in this region, the state of Goiás had the highest per capita income in the country, at R\$9.65, and paradoxically, the Federal District had the lowest per capita income, at R\$1.53. Compared to the other regions, the North had the lowest per capita income at R\$7.75, the state of Amazonas had the highest per capita income in the region at R\$9.29, and the lowest per capita income in the region was in the state of Pará, at R\$2.68. When looking at the distribution of municipalities with SAMUs in 2017, 2,055 (36.89%) municipalities out of a total of 5,570 had a SAMU Mobile Unit (UM). In 2021, this proportion corresponded to 48.71% (2,713) of Brazilian municipalities. With regard to the population with a SAMU in place, in 2017, 146,926,063 (70.75%) inhabitants were assisted by this service in their territory. In 2021, this proportion corresponds to 80.21% (172,212,205) of the Brazilian population having at least one SAMU unit in their municipality. The Northeast region had the highest number of municipalities with any SAMU mobile resource, 778 (43.37%) in 2017, and will remain in this position in 2021, with 1,042 (58.08%) municipalities with SAMUs. The Northern region, as expected, had the lowest number of municipalities with SAMUs in place, 106 (23.56%) in 2017 and 128 (28.44%) in 2021. There is an urgent need to increase health funding, specifically for SAMU, improve the management and distribution of these resources, strengthen the decentralization and regionalization guidelines so that SAMU is able to spread throughout the territories and internalize mobile emergency services, so that people can access time-dependent emergencies before accessing a fixed prehospital or hospital unit. Despite the fact that SAMU is a major service for health and society, there are no political or management articulations that point to strategies for changing the criteria for increasing its funding.

KEYWORDS: Health Financing; Health Expenditure; Health Accounts; Unified Health System; SAMU.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Espaço de atenção em emergências nos Sistemas de Saúde: território, região e redes de serviços.	34
FIGURA 2 - Rede de Atenção às Urgências e suas Interfaces	36
FIGURA 3 - Componentes da RAU distribuídos no território	38
FIGURA 4 - Fluxo do recurso, composto por receita e despesa	50
FIGURA 5 - Fluxograma - Direcionamento dos chamados de Urgência na CRU	54

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Evolução do repasse nacional para custeio do SAMU, no Brasil, no período de 2017 a 2021	66
GRÁFICO 2 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU no Brasil, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	68
GRÁFICO 3 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Sudeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	70
GRÁFICO 4 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Nordeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	71
GRÁFICO 5 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Sul, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	72
GRÁFICO 6 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Centro-Oeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	74
GRÁFICO 7 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Norte, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021	75
GRÁFICO 8 - Financiamento das cinco regiões brasileiras e Brasil no período de 2017 a 2021	77
GRÁFICO 9 - Percentual de Municípios com SMU implantados e Habilitados, por estado, em 2021	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Unidades móveis, via de deslocamento e equipes que tripulam as Unidades Móveis	29
QUADRO 2 - Articulação da Regionalização do SAMU e CRU na região de saúde e sistema universal	32
QUADRO 3 - Portarias do Ministério da Saúde que definem o financiamento e custeio do SAMU 192 e CRU	44
QUADRO 4 - Categorias e tabelas básicas das CNS	49
QUADRO 5 - Forma simplificada da Tabela 1: fontes de financiamento por agentes de financiamento	51
QUADRO 6 - Forma simplificada da Tabela 2: Agentes de Financiamento por Prestadores de serviços de saúde, modelo CNS	55
QUADRO 7 - Nomenclaturas identificadas no CNES para as Unidades Móveis do SAMU e CRU	59
QUADRO 8 - Indicadores de financiamento do SAMU 192	62
QUADRO 9 -Evolução do Gasto Público Federal com Saúde-SAMU192 por proporção da MAC, no período de 2017 a 2021	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Custeio mensal da Central de Regulação de Urgência e Unidades Móveis habilitadas e qualificadas do SAMU	30
TABELA 2 - Regiões geográficas e estados brasileiros com populações e PIB no período de 2017 a 2021	43
TABELA 3 - Fonte de financiamento por agente de financiamento do SAMU 192 nas cinco regiões brasileiras, no período de 2017 a 2021.	52
TABELA 4 - Prestador/Atividades por agente de financiamento do SAMU 192, nas cinco regiões geográficas brasileiras, no período de 2017 e 2021	55
TABELA 5 - Número de municípios com SAMU implantando, suas populações, financiamento e variação <i>per capita</i> , período 2017 x 2021	80
TABELA 6 - Diferenças <i>per capita</i> entre as regiões brasileiras, 2017 x 2021	84
TABELA 7 - Gasto Público Federal em Saúde com o SAMU, gasto <i>per capita</i> e proporção do PIB, 2017 a 2021	87

LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré Hospitalar
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
PBA	Boletim de Produção Ambulatorial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CNS	Contas Nacionais de Saúde
COAP	Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EC 29/2000	Emenda Constitucional nº 29 de 2000
EC 86/2015	Emenda Constitucional nº 86 de 2015
EC 93/2016	Emenda Constitucional nº 93 de 2016
EC 95/2016	Emenda Constitucional nº 95 de 2016
ER	Enfermeira Reguladora
FDS	Fundo Distrital de Saúde
FES	Fundos Estaduais de Saúde
FMS	Fundo municipais de saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHA	International Classification for Health Accounts
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LC 141/2012	Lei Complementar nº 141 de 2012
MAC	Média e Alta Complexidade
MR	Médico Regulador
MS	Ministério da Saúde
NUSC	Núcleo de Saúde Coletiva
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAR	Plano de Ação Regional

PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC 01/2015	Proposta de Emenda Constitucional nº 01 de 2015
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RCL	Receita Corrente Líquida
RO	Rádio Operador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIV	Suporte Intermediário de Vida
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SHA	System of Health Accounts
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SISMAC	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnico Auxiliar da Regulação Médica
TI	Técnico de Informática
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UM	Unidades Móveis
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USBF	Unidade de Suporte Básico Aquático
USAT	Unidade de Suporte Avançado Terrestre
USBT	Unidade de Suporte Básico Terrestre
USI	Unidade de Suporte Intermediário
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	26
3.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: LINHA TEMPORAL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	26
3.2. FINANCIAMENTO: SAMU E CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS ...	29
4 REFERENCIAL TEÓRICO	34
4.1. TERRITÓRIO, REGIONALIZAÇÃO, INTERIORIZAÇÃO DO SUS	34
4.2 PROBLEMAS DO CONCEITO DE REDE APLICADO AO SUS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O FINANCIAMENTO.....	37
4.3 GESTÃO DE URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS	39
5 METODOLOGIA	43
5.1 TIPO DE ESTUDO	43
5.2 LÓCUS DE INVESTIGAÇÃO	45
5.2.1. O componente móvel da RAU: SAMU 192	47
5.3 FONTES DE DADOS	49
5.4. INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS: CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	50
5.5 TRAJETÓRIA DA COLETA DE DADOS	59
5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	64
6 ASPECTOS ÉTICOS	67
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
7.1 GASTOS FEDERAIS COM SAMU/CRU POR REGIÕES, ANO A ANO.....	68
7.2 EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL REGIONAL COM SAMU/CRU.....	72
7.3 ESTADOS BRASILEIROS COM SAMU IMPLANTADO E COBERTURA MUNICIPAL	
81	
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94

1 INTRODUÇÃO

A crescente demanda das urgências no Brasil associada a alta morbimortalidade, principalmente, decorrente do número de acidentes de trânsito, da violência urbana e domiciliar, além do envelhecimento populacional, tendo como fator primordial as urgências cardiovasculares e cerebrovasculares relacionadas ao aumento do risco de morte, e da crescente incidência das urgências em saúde mental, até então, associada a oferta insuficiente e pouco efetiva desse tipo de serviço para dar conta dos desafios sanitários atuais, torna a área das urgências uma das mais complexas para operacionalizar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017a; OLIVEIRA et al., 2022).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação pelas Leis 8.080\90 e 8.142\90 promoveram importantes transformações no modelo de atenção e de financiamento da política de saúde nas três esferas federativas no Brasil, proporcionando a ampliação de acesso às ações e serviços de saúde em todo território nacional. Essas mudanças, tanto do financiamento, que passou a ser tripartite, quanto de acesso à saúde, estão associadas a essas Leis e ao processo de descentralização e regionalização (CASTRO et al., 2018).

Na área da urgência e emergência esse cenário tem um alinhamento legal e nacional em 2002, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Sistema de Urgência em todo território nacional, na sequência, com destaque para a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em meados de 2003 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006a). Conforme parâmetros estabelecidos no arcabouço jurídico da PNAU, estava previsto a implantação do SAMU em municípios com mais de cem mil habitantes.

Seguindo uma linha temporal, em 2008, o MS instituiu as diretrizes técnicas e financeiras em fomento à Regionalização da Rede Nacional SAMU 192, com vistas a interiorizar e ampliar o acesso às urgências móveis em todos os municípios do país (BRASIL, 2008; VIANA et al., 2018). Posto isto, percebe-se que a regionalização do SAMU é essencial no atendimento primário às urgências de forma resolutiva nas regiões com vazios assistenciais de serviços especializados para abordagem adequada a pacientes graves, como indiscutivelmente contribui para diminuir as desigualdades regionais nacionalmente (DUARTE & MENDES, 2018).

Uma quarta etapa na estruturação das urgências no Brasil aconteceu, em 2011, com a reformulação da PNAU e instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU), com perspectivas de organizar o atendimento nesta área em todos os pontos de atenção à saúde e minimizar os vazios assistenciais articulados ao processo de regionalização (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b; SCATENA, 2016). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são apontadas como um plano para responder à fragmentação da atenção dispensada aos problemas de saúde pública, sejam agudos ou crônicos (MAGALHÃES, 2014; SANTOS et al., 2017; DAMACENO et al., 2020).

A RAU possui oito componentes, assim constituídos: 1- Atenção Básica, 2- Promoção, Prevenção e Vigilância a Saúde, 3- UPA 24 horas, 4- SAMU 192, 5- Salas de Estabilização, 6- Força Nacional do SUS (FN_SUS), 7- Hospital e 8- Atenção Domiciliar. O SAMU, enquanto componente móvel, articula os pontos de atenção à saúde, desenvolve estratégias promocionais para combater as causas das urgências, realiza atendimento rápido e oportuno, prioriza o controle do cenário e estabilização das pessoas em situação de urgência, remove as vítimas, com segurança, para unidade de referência capaz de dar continuidade ao tratamento, como também realiza remoções de pacientes em situação de urgência, entre os componentes da RAU (BRASIL, 2011b; DAMACENO et al., 2020; FARIAS et al., 2021).

Para o alcance dessas finalidades, é necessário que haja um serviço organizado com equipamentos, insumos, estrutura física e humana capaz de responder a esta demanda, além de uma Central de Regulação de Urgência (CRU) com capacidade de articulação entre os componentes da RAU e Serviços afins. É, portanto, fundamental que os gastos dessa estrutura e processos de trabalho sejam analisados para que se possa disponibilizar à sociedade um serviço ágil, oportuno, equânime e sustentável. Os parâmetros financeiros definidos na PNAU não contemplam as ações meios (estratégias de promoção e prevenção), nem remoções interinstitucionais, estão previstos apenas os recursos para as ações finalísticas (regulação e atendimento as urgências) (BRASIL, 2023).

Os gastos destinados para financiar o setor da saúde pela gestão pública são oriundos: do orçamento da seguridade social, de impostos de cada esfera governamental, além de outras fontes (contribuições e taxas cobradas sobre produção, consumo, renda e patrimônio). Estes três pilares constituem as fontes de financiamento da saúde. Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundo Estadual de Saúde (FES), Fundo Municipal de Saúde (FMS) e Fundo Distrital de Saúde (FDS), específica de cada ente federado (BRASIL, 1990; BRASIL, 2007b).

O financiamento do SUS realizado pelos entes federados tem seu acompanhamento através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Este sistema possibilita identificar, mensalmente, o cumprimento previsto na Lei Complementar nº 141/2012 a qual define a aplicação mínima de recurso, por cada ente federado. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) destinados as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) são organizados e definidos em dois blocos de financiamento a saber: custeio das ASPS e investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (RSPS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017b)

Vale ressaltar que, o problema do gasto em saúde permeia outros aspectos, para além da escassez de recursos, como a falta de eficiência e efetividade em sua aplicação, iniquidades na alocação de recursos, inadequada priorização, além da dissipação dos gastos. Essas fragilidades no gasto com a saúde carecem de um alinhamento com a base legal para que a garantia de acesso universal, equânime e atendimento integral, de fato, aconteça (TELES et al., 2016).

O financiamento para investimento e custeio do SAMU está previsto no arcabouço jurídico da PNAU, instituído, com o início desse Serviço, através da Portaria GM nº 1864 de 29 de setembro de 2003. Chama a atenção que durante os vinte anos de SAMU no país, ocorreram três marcos legais, com composição financeira que definiram o financiamento deste Serviço, o primeiro já supracitado, os outros dois momentos aconteceram nos anos de 2013, com a Portaria GM nº 1473, e em 2023, com a Portaria GM nº 958. Nos dois últimos momentos houve uma composição de recurso financeiro com um aumento no custeio de 30% para os equipamentos.

A implantação do componente pré-hospitalar móvel e de suas CRU em municípios e regiões de todo o território brasileiro representou um importante avanço na área das urgências, considerando o intuito do MS em organizar e estruturar a RAU, como também diminuir os vazios assistenciais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013a; FARIAS et al., 2021).

Financiamento: A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estados e municípios – financiem o SUS, gerando receita (recurso) necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema.

Investimento: Na rede de atendimento SUS significa mobilizar recursos da União, estados e municípios, de seus orçamentos de Seguridade Social, da parte destinada à saúde. Despesa orçamentária com execução de obras (ampliação e construção nova) e com aquisição e instalações, equipamento e material permanente. (CONASS, 2017).

Custeio: Recurso proveniente da União, estados e municípios para manutenção da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde, como também funcionamento dos órgãos e dos estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e dos serviços de saúde. (CNM, 2018).

A implantação do componente pré-hospitalar móvel e de suas CRU em municípios e regiões de todo o território brasileiro representou um importante avanço na área das urgências, considerando o intuito do MS em organizar e estruturar a RAU, como também diminuir os vazios assistenciais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013a; FARIAS et al., 2021).

Posto isto, para o investimento deste Serviço, o MS define valores para construção da Sede do SAMU, tendo como critério para repasse desse recurso o número de habitantes que será coberto por este Serviço. Este valor, varia de porte mínimo com trezentos e cinquenta mil habitantes, até regiões com mais de três milhões de habitantes. Dessa maneira, existe uma planilha (Anexo 1) com os valores definidos, por faixa populacional, que será repassado pelo MS para os municípios contemplados.

O investimento da esfera federal para a construção da base do SAMU mantém-se no intervalo de duzentos e dezesseis mil reais a quatrocentos e quarenta mil reais, conforme cobertura populacional a ser atendida. Referente ao custeio da CRU, segue o mesmo parâmetro populacional (Anexo 3) com valores específicos obedecendo ao número de habitantes da região de saúde e número de profissionais que trabalham neste espaço. (BRASIL, 2003; BRASIL 2013a; BRASIL 2017a).

Concernente as unidades móveis (sejam terrestres, aquáticas ou aéreas), ainda sobre o investimento, elas são compradas prioritariamente com recurso federal e doadas (Anexo 2, termo de doação) aos municípios, ou adquiridas por emenda parlamentar ou ainda, com recurso municipal. Quando se trata do custeio, os parâmetros definidos na PNAU são, teoricamente: a União responsável por 50%; os estados e municípios assumem os outros 50%, ficando o primeiro com no mínimo 25% e o segundo com no máximo 25%. Os percentuais específicos, para estas duas esferas, são submetidos e definidos (dentro do intervalo parametrizado na PNAU) na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada região. (BRASIL, 2013a; FARIAS et al., 2021).

Chama a atenção que poucas são as produções científicas que tratam do financiamento do SAMU no Brasil, objeto de estudo desse doutoramento, não foi encontrada na literatura nacional ou internacional estudo que discorra sobre esse tema nas cinco regiões brasileiras ou até mesmo em uma única região geográfica contemplando todos os estados.

Foi identificado um estudo realizado sobre a análise do financiamento público federal do SAMU, no Estado da Bahia, no período de 2009 a 2012, o qual apontou importante evolução dos gastos, mostra, ainda, detalhes do aporte financeiro transferido fundo a fundo, do ente federal para municipal e compara os recursos recebidos por macrorregião da Bahia. (TELES et al., 2017).

Dessa maneira, a vertente a ser pesquisada nesse estudo, possibilitará contribuir com subsídios à gestão da saúde pública para planejar e racionalizar o financiamento, além da implantação e manutenção do serviço de urgência móvel no país. Diante do objeto de pesquisa, levantou-se as questões:

1. Qual a participação do ente federal no custeio do SAMU-192 nas cinco regiões brasileiras, no período de 2017 a 2021?

2. Qual o déficit financeiro do SAMU nas cinco regiões brasileiras, no período de 2017 a 2021?

3. Qual a distribuição dos municípios com o SAMU implantado nas cinco regiões brasileiras conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) nos de 2017 e 2021?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o financiamento e distribuição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos municípios do Brasil, no período de 2017 a 2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução da participação do financiamento federal do SAMU no período de 2017 a 2021.
- Identificar a distribuição de unidades móveis do SAMU por regiões geográficas no Brasil, nos anos de 2017 e 2021.
- Comparar os municípios com o SAMU implantados por estados e regiões geográficas no Brasil, nos anos de 2017 e 2021.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O embasamento teórico-conceitual deste trabalho contempla as seções com lastro teórico sobre o financiamento do SUS, SAMU e suas Centrais de Regulação das Urgências, depois trataremos da descentralização e regionalização deste Serviço.

3.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: LINHA TEMPORAL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Importantes transformações desde a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, cuja base legal foi inicialmente regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), as quais definiram os planos de saúde como a base para toda a programação de saúde (art. 36, § 1º, da Lei 8.080/1990) e condição para o recebimento de recursos federais (art. 4º, inc. II, da Lei 8.142/90) (CNM, 2014). Desde o seu nascimento, o SUS contempla uma história obstaculizada para equipar o financiamento que garanta o direito constitucional à saúde (MENEZES et al., 2019).

O artigo 35 da Lei nº 8.080/90 trata sobre a cooperação financeira da União, definindo que 50% dos recursos federais destinados aos demais entes federativos seriam pautados no número de habitantes, e os outros 50% combinados ao perfil epidemiológico e demográfico da região, considerando ainda a capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro do ano anterior, e da previsão quinquenal de investimentos (UGÁ et al., 2003; COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

Dentro da perspectiva legal e adequações a heterogeneidade do país o ente federal vai organizando e direcionando o arcabouço jurídico para regulamentar as transferências dos recursos aos estados e municípios. (COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

Entretanto, apenas em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) nº 29, foi definido o comprometimento das três esferas governamentais, impondo a vinculação orçamentária. Os estados e municípios repassariam para saúde, das receitas de impostos e transferências constitucionais um montante mínimo de 12% e 15% respectivamente, referente à união, ficou definido que o limite mínimo de gasto com a saúde seria, para o primeiro ano, o montante empenhado no ano anterior (1999) acrescido de 5% e, nos anos posteriores, seguiria a mesma lógica, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (UGÁ; MARQUES, 2005; COELHO; TELES; FERREIRA; 2016; MENEZES, 2019).

Na perspectiva de consolidação do SUS e fortalecimento da gestão pública em 2006, o MS publica a Portaria nº 399, a qual estabelece o Pacto pela Saúde e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, dentre outras prerrogativas estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2007b).

Independentemente dos avanços da descentralização da alocação dos recursos na saúde, a participação do ente federal no financiamento do SUS se mantém como importante indutor de políticas para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. A transferência dos recursos financeiros federais para os estados e municípios tem ocorrido principalmente por meio de transferências regulares e automáticas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como objetivo, além de aproximar o financiamento das esferas subnacionais, aumentar os gastos em saúde. Ainda assim, a capacidade normativa do governo federal se firmou sobre as esferas infranacionais, exercendo cada vez mais o papel regulador por meio das políticas de saúde (COELHO; SCATENA, 2014).

O Decreto 7.508/2011 acrescenta como novidade a inserção dos serviços privados nos instrumentos de planejamento da saúde, com um novo dispositivo de operacionalização os chamados Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP). Consiste em acordo de colaboração entre as esferas de governo para a organização e integração dos serviços de saúde dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, além dos critérios de avaliação, regulação e controle (BRASIL, 2011a).

Seguindo uma linha temporal, em 2012, foi sancionada a Lei Complementar nº 141, que deliberou a importância de criar uma sistemática para distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, ratificando o texto do art. 35 da Lei nº 8.080/1990. Os recursos do SUS serão depositados em conta especial, em cada ente federado, e utilizados sob o controle dos Conselhos de Saúde de cada esfera governamental. Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, são administrados pelo Ministério da Saúde, e repassados pelo Fundo Nacional de Saúde e deste aos entes subnacionais, através do Fundo Estadual de Saúde e Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2022).

As Emendas Constitucionais nº 86 (EC 86/2015) e nº 95 (EC 95/2016) vêm na contramão do arcabouço jurídico que regulamenta o financiamento do SUS, a primeira estabelece nova base de cálculo para o valor mínimo da Receita Corrente Líquida (RCL) a ser aplicada pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implica na redução

orçamentária para o SUS. A EC nº 95 de 2016, por sua vez engessa os gastos públicos por 20 anos, fixando, dessa maneira, gastos sociais incluindo saúde e educação, uma medida de austeridade que poderá culminar com a desestruturação do SUS e privatização crescente da atenção à saúde (COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

Considerando o crônico subfinanciamento do SUS, as Propostas de Emendas Constitucionais - PEC nº143 de 2015 e a PEC 241 de 2016 - reforçam as emendas constitucionais anteriores referentes ao desmonte do financiamento do SUS, a primeira permite a desvinculação de 25% de estados e municípios. Enquanto, a segunda engessa os gastos públicos por vinte anos limitando os gastos com a saúde. A estimativa é que o efeito combinado desta PEC 143 com a EC 86 ambas de 2015, seja capaz de gerar uma redução em mais de R\$ 44 bilhões os recursos da saúde (COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

A Portaria nº 204/07 regulamentava, até 2017, o financiamento e a transferência dos recursos federais, fundo a fundo, para as ações e os serviços de saúde, ocorre na forma de seis blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Foram criados os blocos de financiamento: I- Atenção Básica; II- Atenção de Média e Alta complexidade, Ambulatorial e Hospitalar; III- Vigilância em Saúde; IV- Assistência Farmacêutica; V- Gestão do SUS; VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2011a; CNM, 2014). Contudo, a Portaria supracitada foi revogada em razão da inclusão do seu conteúdo na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, a qual delibera sobre os regulamentos no tocante ao financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS subnacionais (BRASIL, 2022).

A Portaria de Consolidação nº 6/2017 passou por fundamentais transformações por meio da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que modificou os Blocos de Financiamento outrora estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 204/2007. A partir de então, são apenas 2 (dois) os Blocos de Financiamento, a saber: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que integram os Blocos de Financiamento precisam ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco. Essas ações necessitam constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2022).

A Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020 altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os grupos de identificação e transferências federais de recursos da saúde. A alteração ocorre na nomenclatura dos blocos de financiamento, mudando o “Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e o “Bloco de Investimento e Serviços Públicos de Saúde”, para “Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de

Saúde” e “Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde”, respectivamente. Com a publicação da Portaria supramencionada foi possível melhorar a funcionalidade dos Blocos, aperfeiçoando o rastreamento dos recursos, e, por consequência, melhorando, de forma substancial, os registros contábeis que os gestores de saúde têm que lançar (PAIVA et al., 2020).

3.2. FINANCIAMENTO: SAMU E CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

Os pilares da RAU estão ancorados nos princípios do SUS, suas diretrizes contemplam a ampliação do acesso e acolhimento às urgências de qualquer natureza, em todos os pontos de atenção à saúde que compõem essa rede. Os pacientes com casos agudos e crônicos agudizados, demandados aos serviços de saúde em todos os componentes da RAU, ao chegarem nesses espaços, têm a premissa do acolhimento, classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos. Essa condição de abordagem converge aos princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes), que diariamente chegam às unidades de saúde (BRASIL, 2011b; DUARTE, 2018).

A organização da RAU através do componente móvel tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Possui oito componentes, os quais são transversalizados por quatro interfaces, são elas: Acolhimento, Regulação, Informação e qualificação profissional (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017b; SILVA, 2021). A regulação de urgência a partir de uma abordagem sindrômica, realiza o acolhimento e classificação de risco, prioriza a necessidade e o quadro clínico desse paciente, em seguida, quando necessário, o direciona a um componente da RAU que apresenta a estrutura que dará a melhor resolutividade ao caso. Dessa maneira, a interação entre esses componentes contribui para o adequado atendimento e fortalece o princípio da equidade nas unidades de saúde (SILVA et al., 2016)

O SAMU é o componente assistencial móvel da RAU que articula os demais pontos de atenção à saúde, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, às sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, acessado pelo número nacional de saúde "192" e

acionado por uma Central de Regulação das Urgências (CRU) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017b).

A CRU é um espaço complexo, constitui-se em um “observatório privilegiado da saúde”, com escuta permanente, através do número 192. Esse espaço, inicialmente, acolhe a solicitação de urgência, em seguida avalia a queixa, a necessidade do paciente, define o grau de urgência e realiza o risco presumível, na sequência define o encaminhamento para cada situação. Sua estrutura e processo permitem ações desde a orientação até o envio de equipe ao local do cenário. Dessa maneira, aciona resposta imediata através das unidades móveis, seja uma equipe de suporte básico, intermediário ou avançado, com apoio das motolâncias nas situações que se fizerem necessário, ou até solicitar ajuda a múltiplos meios. Nesse contexto, acompanha as equipes na cena até o transporte do paciente a uma unidade de saúde que dará continuidade ao tratamento e cuidado (BRASIL, 2006b; SILVA, 2021).

Importantes transformações aconteceram na área das urgências com a instituição da PNAU, em 2003. De acordo com o MS, o componente móvel da RAU tem como algumas de suas atribuições prestar atendimento e/ou transporte devido a um serviço hierarquizado e integrado ao SUS. Essa assistência deve ser realizada em conjunto com profissionais habilitados da RAU, para isto se estabeleceu as “*atribuições dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Pré-Hospitalar*”. Esta norma define a atuação dos profissionais em urgências e emergências, e que a assistência no serviço móvel, será em cada dupla, Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) (MALVESTIO; SOUSA, 2022a).

Entretanto, o SAMU 192 ultrapassa as ações de atendimento, assistência e transporte de vítimas. Ocupa-se, também, de conhecer a magnitude, caracterização e tendências no que diz respeito a tempo médio de resposta dos atendimentos de urgência, percentual de atendimento por meio de intervenção básica, intermediária e avançada, tipos de atendimentos, horários dos atendimentos, locais onde acontecem essas ocorrências, número de óbitos e referência desses pacientes na rede de atenção à saúde, propiciando uma postura mais proativa frente aos indicadores de saúde (BRASIL, 2022b).

A informação da demanda que chega à Central de Regulação das Urgências, assim como dos atendimentos realizados pelo SAMU, é estratégica para a gestão de financiamento do serviço e o planejamento das ações. A CRU funciona como um “observatório privilegiado da saúde” com capacidade de monitorar de forma sistematizada e em tempo real, o sistema de saúde devendo gerar informes regulares para melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências. Dessa maneira, contribui para uma atenção à saúde cada vez mais qualificada em todos os componentes da RAU que atuam nas situações de emergências, de acordo com as

necessidades da área de abrangência de cada SAMU (BRASIL, 2007a).

O MS instituiu o financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação do SAMU 192 e suas Centrais de Regulação das Urgências em todo território nacional. Sendo disponibilizado investimento para os itens: 1- Construção da base do Serviço, a qual fica a estrutura da CRU, para isto adota o critério denominador de base populacional, variando o investimento no valor de R\$ 216.000,00 a R\$ 440.000,00 (contabiliza a população dos municípios que serão atendidos, nessa CRU); 2- Equipamentos (materiais permanentes que ficam nas unidades móveis), recursos financeiros destinados para aquisição que varia nos valores entre R\$ 100.000,00 a 200.000,00; 3- As Ambulâncias são doadas aos municípios pelo MS ou são adquiridas por Emenda Parlamentar, onde o valor varia entre R\$ 180.000,00 a R\$ 200.000,00. Esse investimento para implantação do SAMU os municípios contam, inicialmente, apenas com as ambulâncias e o recurso para a construção da base onde possui a CRU, os recursos destinados ao custeio, são repassados pelo ente federal após a habilitação do Serviço (BRASIL, 2013b).

Referente ao custeio segue o critério por tipo de UM e CRU se habilitadas, as quais foram definidas em projeto e aprovadas nas instâncias deliberativas, tendo um adicional quando o Serviço cumpre os parâmetros elencados na PNAU, que passará para a modalidade de qualificado, que por sua vez amplia o recurso financeiro dos entes federados, destinado aos agentes de financiamento, tanto da união quanto dos estados, como dos municípios (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b).

A rede nacional SAMU 192 possui a Central de Regulação de Urgência (CRU) e as seguintes unidades móveis: Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA), embarcação aquaviária (ambulancha), avião, helicóptero, Viatura de Intervenção Rápida (VIR) e motolância (moto) (SILVA, 2009; SILVA, 2021). Cada equipamento é composto por uma equipe e equipamentos específicos. O quadro 1 mostra a composição das equipes que tripulam as Unidade Móveis (UM).

QUADRO 1 - Unidades móveis, via de deslocamento e equipes que tripulam as Unidades Móveis.

Unidade Móvel	Via de deslocamento	Modalidade	Equipes que tripulam
USB	Terrestre	Básica	Técnico de enfermagem e condutor de veículo.
USA	Terrestre	Avançada	Enfermeiro, médico e condutor de veículo.
Embarcação Básica (ambulancha)	Aquaviário fluvial ou marítima	Básica	Técnico de enfermagem e condutor da embarcação.
Embarcação Avançada (ambulancha)	Aquaviário fluvial ou marítima	Avançada	Enfermeiro, médico e condutor da embarcação (marinheiro).
Avião/Helicóptero	Aéreo	Avançada	Enfermeiro, médico, piloto e copiloto.
VIR	Terrestre	Avançada	Enfermeiro, médico e condutor.
Motolância	Terrestre	Básica	Técnico de enfermagem ou enfermeiro.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Portaria GM nº 958/2023. (Nota técnica de dispensa de AIR por urgência nº 3/2023)

A Tabela 1 infracitada, mostra os valores de custeio da CRU e Unidades Móveis (UM) habilitados e qualificados, definidos pelo MS, desde o início do SAMU no país. Os parâmetros estabelecidos, legalmente, definem que a União é responsável por 50% desse valor de custeio e repassa mensalmente, através do FNS para os FES e FMS, aos estados e municípios que tem SAMU. O repasse do recurso fundo a fundo, entre os entes federados, acontece a partir de noventa dias da implantação do serviço, e após a publicação em Diário Oficial da União e Portaria do MS, definindo a habilitação do serviço. O município passará a receber esse financiamento de custeio a partir da publicação dessa Portaria, os meses que antecedem essa publicação o custeio fica sob a responsabilidade do município que implantou o serviço (BRASIL, 2023).

TABELA 1 - Custeio mensal da Central de Regulação de Urgência e Unidades Móveis habilitadas e qualificadas do SAMU

CRU/UM	VALOR DE CUSTEIO HABILITADO (R\$)			VALOR DE CUSTEIO QUALIFICADO (R\$)		
	2003 ¹	2013 ²	2023 ²	2003 ¹	2013 ²	2023 ²
		84.000,00	109.000,00		105.210,00	136.773,00
CRU ³	38.000,00	a	a	-----	a	a
		683.200,00	888.160,00		855.708,00	1.112.420,40
USB	25.000,00	26.250,00	34.125,00	-----	43.838,00	56.989,40
USA	54.000,00	77.000,00	100.100,00	-----	96.442,00	125.374,60
Embarcação (lancha)	-----	90.000,00	117.000,00	-----	150.000,00	195.000,00
Motolância (moto)	-----	14.000,00	18.200,00	-----	14.000,00	18.200,00
Viatura de Intervenção Rápida (VIR) ⁴	-----	77.000,00	77.000,00	-----	96.442,00	96.442,00
Helicóptero	-----	77.000,00	100.100,00	-----	96.442,00	125.374,60
Avião	-----	77.000,00	100.100,00	-----	96.442,00	125.374,60

Fonte: Elaboração própria, Brasil, 2003, 2012, 2013, 2017, 2023.

As despesas referentes ao custeio da CRU e das Unidades Móveis são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a união, estados e municípios. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo MS, para o custeio mensal do componente SAMU, é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em cada Estado. A contrapartida estadual deve ser de no mínimo 25%, enquanto a contrapartida municipal, de no máximo 25%, observa-se uma prática, na maioria dos estados, de 25% para cada ente federado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017c).

¹ No ano de 2003, o recurso para custeio da CRU é único, independente da população coberta por esse equipamento. Nesse ano, a legislação não definiu valores para os equipamentos: embarcação, motolância, VIR, helicóptero e avião. Como também, não tratou sobre a qualificação desses equipamentos, conforme posto na Portaria nº 1864 de 2003.

² Nos anos de 2013 e 2023, o recurso para custeio da CRU, varia de acordo a população da área de abrangência coberta: área com até 350.00 habitantes o menor valor de custeio citado, área com população a partir de 10.000.001 o maior valor de custeio citado. Os valores estão documentados na planilha descrita no anexo V da Portaria GM nº 1473\13

³ As VIR, até a finalização desse estudo não existia nenhum repasse federal para custeio.

⁴ Os valores da CRU em 2013, segue o que está posto no Anexo V da Portaria GM 1010 /12, enquanto os valores de custeio do ano de 2023, segue o que está posto no Anexo LXXXII da Portaria de Consolidação nº 6/17.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme o disposto na Constituição Federal do Brasil de 1988, as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser ofertados à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas em todo território brasileiro. Esse sistema deve ser gerido de modo descentralizado e com direção única em cada esfera governamental, compondo um sistema com participação da comunidade no seu processo de organização e implementação. A Lei Orgânica da Saúde, editada em 1990, como parte do arcabouço jurídico que dá lastro ao SUS, trata das suas diretrizes e identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade crescente (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

4.1. TERRITÓRIO, REGIONALIZAÇÃO, INTERIORIZAÇÃO DO SUS

A Regionalização é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. Se constitui em um eixo estruturante do Pacto de Gestão, dar suporte a descentralização das ações e serviços de saúde e aos processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos para nortear a Regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 2011a; COELHO, et al., 2016).

O processo de regionalização da saúde compreende a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro, pensando na economia de escala e escopo (BRASIL, 2011a). Há, ainda outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço e tempo (DUARTE et al., 2015). Especificamente, o planejamento dos serviços a partir da divisão territorial em regiões funcionais ou polarizadas, capaz de interiorizar ações.

A proposta de regionalização, pensada enquanto região de saúde, está alinhada ao modelo de rede de atenção à saúde, considerado uma estratégia viável para um cenário epidemiológico com elevado índice de morbimortalidade relacionadas às causas externas ao

envelhecimento da população com aumento das doenças cérebro e cardiovasculares e aos problemas de saúde relacionados aos determinantes sociais. Sugere quebra de paradigma ao propor o planejamento do sistema de saúde com base nas reais necessidades da população e especificidades da região (MENDES, 2012).

O processo de regionalização deve contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de **territorialidade** que se considera a **divisão político-administrativa** da região, na identificação de **prioridades** de intervenção a partir do **perfil epidemiológico** e de **conformação de sistemas** funcionais de saúde, não restritos à abrangência municipal, considerando os **vazios assistenciais** de forma a garantir o **acesso** dos cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, **otimizando** os recursos disponíveis (BRASIL, 2012).

A regionalização do SAMU tem a finalidade de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional por meio de diretrizes e parâmetros técnicos. Para tanto, a região de saúde deve construir o Plano de Atenção Regional da Rede de Atenção às Urgências, para o planejamento, organização e implementação da regionalização. Essa interiorização é importante, pois contribui para diminuir os vazios assistenciais, ampliar o acesso às urgências móveis, melhorar o indicador tempo resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária, como também fortalecer o princípio da equidade (BRASIL, 2017c).

A organização das redes de cuidado dentro de um sistema universal de saúde, é contemplada a partir das diretrizes de descentralização e regionalização utilizando os critérios: sistema universal, região de saúde e regionalização. Diante dos critérios estabelecidos, é necessário realizar a interface com os parâmetros legais do SUS que direcionam essas ações para a regionalização do SAMU no território. O quadro 2 infracitado, mostra a partir dos critérios citados, e a utilização dos instrumentos normativos para nortear a regionalização, as ações da gestão e as pactuações nos espaços deliberativos regionais e estaduais para interiorização do SAMU.

QUADRO 2 - Articulação da Regionalização do SAMU e CRU na região de saúde e sistema universal

Organização do SAMU e CRU no processo de Regionalização		
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	REGIONALIZAÇÃO

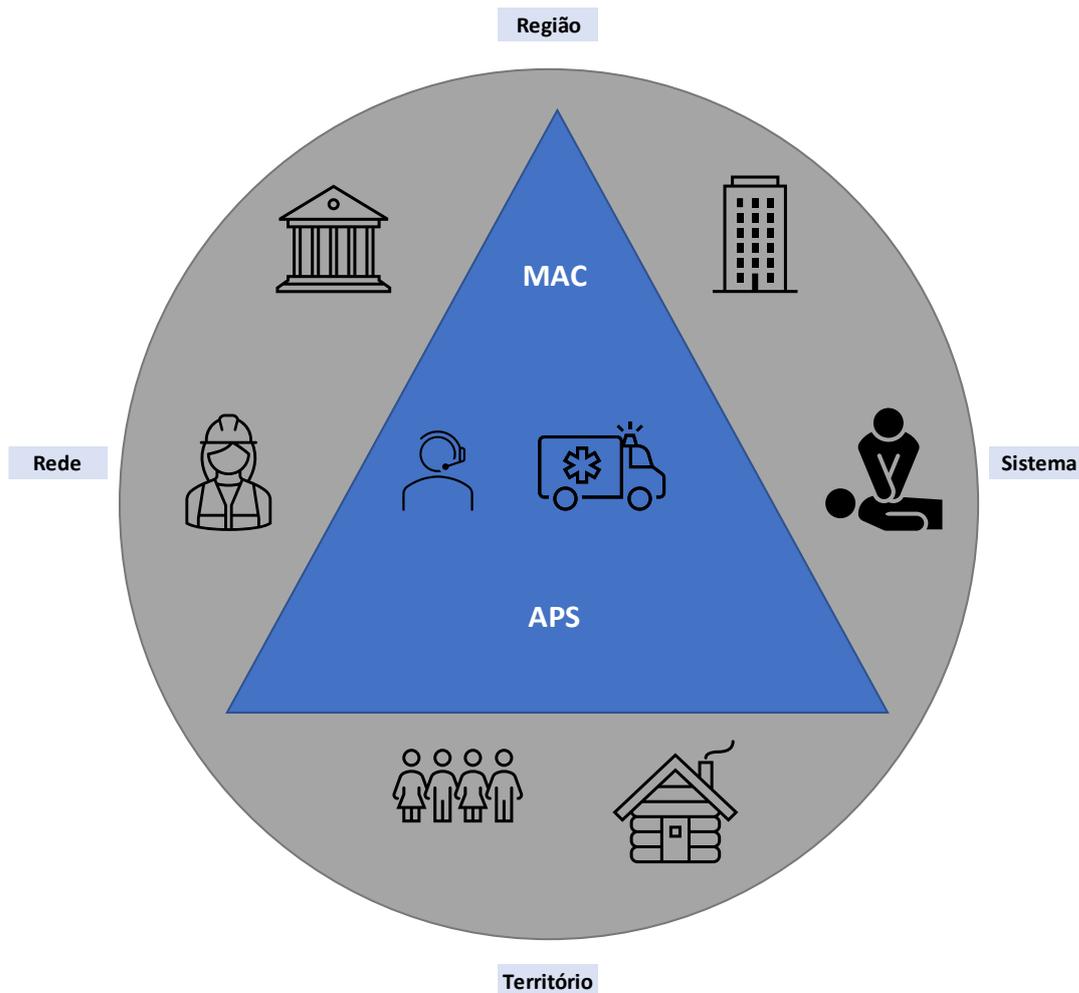
Plano Diretor Regional	Divisão político-administrativa da região	Redes de Atenção às Urgências: definição dos municípios que serão implantados o SAMU/CRU, UM avançadas e básicas.
Plano Diretor de Investimento	Financiamento e gestão do SAMU/CRU	Definir quem fará a gestão do SAMU e a contrapartida de cada município
Programação Pactuada Integrada	Pactuação na CIR e CIB entre os municípios da região de saúde	Pactuar nas instâncias deliberativas as definições intermunicipais
Plano de Atenção Regional da RAU	Diagnóstico da região de saúde e detalhamento técnico do SAMU e CRU	Perfil epidemiológico, demográfico, social. Tipos de urgência que mais ocorrem na região e como funcionará o SAMU/CRU
Acessibilidade	Minimizar os vazios assistenciais na região de saúde, ampliar o acesso às urgências móveis.	Implantar o SAMU e CRU, interiorizar as urgências móveis.
Equidade	Identificação das populações em situação de vulnerabilidade e risco. Classificação de risco das urgências e definir prioridades de atendimento no cenário loco regional	Estabelecer as Prioridades e critérios de atendimento à população. Construir protocolos técnicos operacionais e de regulação das urgências
Integralidade	Garantia da assistência à saúde de maneira integral e coletiva. Integralidade da RAU- Bases descentralizadas SAMU	Articular as ações prestadas à população e os componentes da RAU - SAMU
Descentralização	Organização das ações do SAMU/CRU envolvendo todos os municípios da regional e o estado	Operacionalizar as ações do SAMU/CRU nas regiões de saúde

Fonte: Elaboração própria, 2024.

As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizerem necessária com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional (PAR), com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Essa base descentralizada pode estar fisicamente sediada em outra instituição de saúde, desde que tenham espaços específicos e definidos para as equipes (BRASIL, 2012).

Para dar maior consistência teórica à noção de regionalização, tão importante para estudar a oferta de serviços com base regional e a construção de redes, será necessário examinar com maior profundidade os conceitos que permeiam, de modo que a Figura 1 organiza os elementos do Quadro 2, supracitado.

FIGURA 1. Espaço de atenção em emergências nos Sistemas de Saúde: território, região e redes de serviços.



Fonte: Adaptado de Coelho 2022.

4.2 PROBLEMAS DO CONCEITO DE REDE APLICADO AO SUS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O FINANCIAMENTO

Os sistemas de saúde na sua estrutura organizacional são planejados na perspectiva de restabelecer, proporcionar e garantir a saúde das coletividades, sendo compostos por serviços que representam pontos de atenção à saúde distribuídos em um território, os quais mantêm uma comunicação efetiva com vistas a proteção social (NAKATA et al., 2020). Nesse sentido, os

componentes devem se articular e organizar a partir das necessidades de saúde e demandas da sociedade, que são representadas por seu perfil epidemiológico, demográfico e questões social, econômica e cultural de cada região de saúde (OMS, 2010; MENDES, 2016).

A linha temporal do perfil epidemiológico aponta que até a primeira metade do século XX, ocorre um predomínio das doenças infecciosas, enquanto na segunda metade a um destaque para as condições agudas. No século XXI, acontece a tripla carga, marcada pelos pilares compostos por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, no segundo pilar estão as causas externas (urbanização e violência) e por fim uma agudização das doenças crônicas (MENDES, 2012; NAKATA et al., 2020). Assim, os sistemas de saúde, atualmente, se (re)organizam em redes de atenção à saúde transversalizadas por sistemas logísticos e de apoio com governança em todos os pontos de atenção de atendimento, com vistas a promover a integralidade do cuidado (BANDEIRA et al., 2019).

O arcabouço legal que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, sinaliza a necessidade de participação dos entes federados (união, estados e municípios) na construção do processo de atenção à saúde e prestação do cuidado em forma de rede. Segundo a Portaria nº 4279/2010 que pauta as diretrizes que estabelece a RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não é possível um regimento padrão organizacional único para as RASs, é inevitável conhecer as singularidades da população, do território e dos serviços de saúde. Estes apresentam características próprias com maior ou menor complexidade e maior ou menor densidade tecnológica (BANDEIRA et al., 2019).

Nesse contexto os entes federados se organizam em um processo de gestão alinhado aos parâmetros de eficiência econômica para a aplicação de recursos a partir do planejamento previsto legalmente nas políticas de saúde descrita pela União. Em 07 de julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1600, que institui a Rede de Atenção às Urgências, esta é formada por oito componentes e transversalizada por quatro interfaces. As diretrizes contemplam, entre outros pontos: “Articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária responsável e compartilhada”.

A figura 2 abaixo mostra os componentes da RAU articulados as suas interfaces.

FIGURA 2: Rede de Atenção às Urgências e suas Interfaces

FN/SUS: Força Nacional do Sistema Único de Saúde; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: BRASIL, 2011b.

A implantação da RAU traz consigo os dispositivos para ampliação da cobertura do SAMU e demais componentes através da regionalização desses serviços, cabendo aos municípios da região o compartilhamento e operacionalização das ações, gestão e financiamento, enquanto os estados são responsáveis pelo suporte técnico e orientação dessas ações nas regiões de saúde e municípios, já a união cabe a aprovação dos Planos de Ação Regional (PAR), doação das unidades móveis (ambulâncias, lanchas e motos) e 50% do custeio destas unidades (MALVESTIO; SOUSA, 2022a).

4.3 GESTÃO DE URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

A gestão no SUS é tripartite através dos entes federados, sua operacionalização acontece por meio dos órgãos gestores, espaços consultivos e deliberativos utilizando instrumentos de planejamento e gestão, com objetivo de garantir e aperfeiçoar o sistema de saúde. A rede de atenção à saúde é o principal referencial organizativo do SUS desde 2010, compreende-se aqui a gestão pública de rede como um modelo poliárquico que permite ofertar uma atenção contínua e integral a população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população (BRASIL, 2011b; TOFANI et al., 2022).

Nesse contexto, a organização da gestão das urgências na RAU é direcionada na estruturação das ações nos diversos pontos de atenção à saúde, alinhadas e ligadas através das

linhas de cuidados. Essas linhas representam a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Correspondem, portanto, ao itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

O MS elegeu três linhas de cuidados prioritários na área da urgência, foram elas: trauma – politrauma – cardiologia – infarto agudo do miocárdio – neurologia – acidente vascular encefálico. Para a organização das ações em cada componente da RAU, as linhas de cuidados agregam conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários a abordagem desses agravos e problemas de saúde para serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua no sistema de saúde. A implementação das linhas de cuidado é uma estratégia central para a qualificação de abordagem às urgências, de modo articulado com vistas a fortalecer a integralidade do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Ainda, na perspectiva da organização da abordagem às urgências a Portaria GM nº 2048 do ano de 2002, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgência o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. Esse acolhimento é essencial para uma atenção mais humanizada e resolutiva. Esta técnica é utilizada em diversos países e consiste na classificação de risco do paciente através de protocolos que regem, pautado em evidências científicas, quais pacientes necessitam de uma conduta imediata e quais podem esperar um tempo planejado pelo atendimento. O acolhimento com triagem classificatória de risco é realizado de acordo com a avaliação primária do paciente no momento que ele chega a qualquer componente da RAU (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, as especificidades da gestão das urgências, seja no componente móvel ou fixo, pré-hospitalar, hospitalar ou pós-hospitalar, exigem um planejamento capaz de articular e integrar os serviços de saúde, com vistas a ampliar o acesso da população em situação de urgência/emergência de maneira ágil e oportuna. A constituição dessa rede a partir do PAR com objetivo de identificar os riscos e fragilidades no território, quais equipamentos estão disponíveis na região, qual o perfil demográfico, epidemiológico, social e econômico, contribui para a formulação de políticas públicas. Os componentes da RAU precisam se articular no território adscrito para dar conta de responder as demandas loco-regionais (SILVA, 2021; SESAB, 2022). A Figura 3, mostra a distribuição das unidades da RAU, no território.

FIGURA 3: Componentes da RAU distribuídos no território



Fonte: BRASIL, 2011b.

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) é composta por serviços que incluem a abordagem ao indivíduo desde o local do cenário (pré-hospitalar móvel), unidades de média complexidade (pré-hospitalar fixo) até o atendimento intra-hospitalar, realizando uma função importante nos resultados do sistema de saúde, fundamentalmente na assistência prestada às pessoas com quadros clínicos agudos e na agudização de doenças crônicas, para as quais a garantia de acesso imediato, equitativo e oportuno, é imprescindível (MALVESTIO; SOUSA, 2022a).

A equidade em saúde alinhada à eficiência é fundamental para a população, pois à medida que se desejam bons resultados, com os recursos disponíveis, é necessária preterir sua divisão pela sociedade e o ponto de equilíbrio entre ambos. Dessa maneira, os estados se estruturam para prover ou garantir saúde aos seus cidadãos, ou seja, o direito à saúde é importante. Assim, os valores de uma sociedade contribuirão para a construção de sistemas de saúde, a qual apresentará diferentes disposições de recursos entre os grupos sociais específicos. Nessa perspectiva, o atendimento pré-hospitalar móvel, enquanto componente fundamental da RAU, responde de maneira coordenada às urgências nos diversos contextos com acesso 24

horas a cuidados de saúde diversificado (MALVESTIO; SOUSA, 2022a; SCHENKMAN, 2021).

A sociedade enfrenta um *tradeoff*. A eficiência indica que a sociedade está obtendo o máximo que pode de seus recursos escassos, enquanto equidade significa que os benefícios advindos desses recursos estão sendo distribuídos com justiça entre os membros da sociedade (Mankiw (2013).

O sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) apresenta uma estrutura organizada, direcionada e capilarizada para atendimento às urgências de qualquer natureza, além disso auxilia nas respostas aos Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV) e situações de desastres. Porém, essas respostas podem variar se as condições de organização, processo e distribuição de recursos forem diferenciadas (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2017c; MALVESTIO; SOUSA, 2022b).

Estudo realizado sobre a análise da eficiência e suficiência do SAMU no Brasil, apontando sua evolução no período de 2015 a 2019 e o cenário de cobertura no ano de 2019 mostra desigualdades na distribuição dos recursos móveis (USB – Unidade de Suporte Básico e USA – Unidade de Suporte Básico) nas cinco regiões brasileiras. A região Sul com 94,6% da população coberta com SAMU, maior que a média nacional (85%), a região com menor cobertura é a Norte com 77,2% da população coberta, seguida das regiões Nordeste (83,2%), Centro Oeste (84,5%) e Sudeste (84,6%). Os sistemas de saúde carecem de estudos sobre seus elementos e suas atividades, os principais elementos do sistema de saúde são a cobertura de pessoas (garantia de acesso) e de serviços (ações oferecidas) (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MALVESTIO; SOUSA, 2022a; SCHENKMAN, 2021).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo e comparativo realizado detalhadamente através de uma abordagem quantitativa dos dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através deste estudo foi identificado, estimado e realizado posterior análise das diversas **fontes** de gastos (financiamento) públicos com o SAMU 192 e suas Centrais de Regulação de Urgência (**agentes de financiamento e provedores**) em nível nacional, por tipo de equipamentos. Possibilitou ainda identificar e descrever a distribuição dos municípios que tem esse Serviço e suas CRU implantado em todo Brasil.

O estudo apresentou uma dimensão transversal ao analisar os dados de repasse financeiro da União para todos os municípios brasileiros que possuem SAMU ou CRU, os quais foram organizados por estados, em seguida por região geográfica e comparados entre as cinco regiões brasileiras e intra e inter regionalmente. E outra, longitudinal ao apontar a evolução e suas variações per capita no período analisado, além de comparar o primeiro e último ano do período estudado com os municípios que possuíam o SAMU e suas CRU implantado em todo Brasil. As dimensões foram alinhadas e parametrizadas com os marcos normativos e legais do SUS e da PANU.

A metodologia utilizada para conceituação, descrição, contabilização e compreensão do fluxo financeiro é a das Contas Nacionais de Saúde (CNS), da Organização Mundial de Saúde. Essa metodologia foi adaptada por Coelho (2016) e Teles (2019) para uso nos sistemas de informação brasileiros, em particular, o Sistema de Informação Orçamentária para a Saúde (SIOPS) e utiliza os conceitos da Classificação Internacional para Contas em Saúde/*International Classification for Health Accounts*. Esta opção metodológica possibilitou acompanhar o fluxo do recurso desde a sua origem até o seu destino final, utilizando os dados do FNS, contemplando simultaneamente várias entradas e saídas, neste caso em tela, especificamente, a assistência da urgência móvel prestada à população. As CNS utilizam os seguintes conceitos:

- 1) **Fontes de financiamento:** São organizações que subsidiam os recursos financeiros para a saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988 o financiamento do SUS é

estabelecido em três pilares: - Orçamento da Seguridade Social (OSS); - Impostos (União, Estados, Distrito Federal e municípios); - Além de outros recursos.

2) **Agentes de Financiamento:** São categoricamente identificados como intermediários de financiamento. No SUS são representados pelos gestores dos fundos de saúde, nas esferas: federal, estadual, municipal e Distrito Federal.

3) **Provedores/prestadores:** Correspondem às instituições de saúde que realizam o atendimento à população, representam os receptores finais dos recursos. No caso em tela o SAMU 192 e CRU, os quais executam o atendimento à população, porém a gestão do recurso, mesmo sendo uma verba específica e direcionada da União, é realizada pelo ente estadual, municipal, Organização Social (OS) ou Consórcio, a depender do município ou estado.

4) **Funções/Atividades:** Compreendem aos serviços ou ações que os prestadores realizam. Nessa pesquisa, correspondem as ações/atividades prestadas à população pelo SAMU 192, as operações nesse nível correspondem as atividades de regulação das urgências, classificação de risco presumível, abordagem e atendimento às urgências de qualquer natureza, classificação de risco real, as transferências de pacientes entre os serviços de saúde, as capacitações e atividades gerenciais, entre outras realizadas pelo SAMU. Ressalta se que no APH móvel, essas atividades não possuem um valor específico, o financiamento é definido pelo valor do equipamento, seja a CRU ou Unidades Móveis (UM).

Embora funções e atividades sejam consideradas como sinônimos na tradução do inglês para português, considera pertinente, por questões operacionais da pesquisa, neste estudo, como funções os equipamentos e processos específicos que são itens de financiamento discriminados pelo nível central do orçamento público, neste caso definido na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e que compõem o SAMU 192, são eles: CRU, USB terrestre e aquática, USA terrestre e aquática, Veículo de Intervenção Rápida (VIR), Motolância e unidades aéreas de asa fixa e rotativa. Cada equipamento possui um valor específico estando ele habilitado ou qualificado, conforme critérios definidos na PNAU.

Como atividades propriamente ditas, considera-se nesse estudo as ações já estabelecidas no SAMU e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI-SUS), a saber: regulação primária e secundária das urgências, classificação de risco das urgências (presumível e real), atendimento às urgências de qualquer natureza, sejam elas obstétricas, neonatais, pediátricas, psiquiátricas, clínicas, traumáticas, geriátricas, atendimento a situações de incidentes com múltiplas vítimas e desastres, transporte de pacientes, transferências de pacientes entre as

unidades de saúde, ações educativas e gerenciais, tais como: educação em serviço, treinamentos para os profissionais do SAMU em abordagem as urgências móveis, treinamento para os profissionais da rede de urgência, e ações gerenciais (planejar, dirigir, organizar, monitorar e avaliar), entre outras.

5.2 LÓCUS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação deste estudo circunscreveu dois campos, o primeiro foi o financiamento do SAMU e das suas Centrais de Regulação das Urgências (CRU), distribuídas nas cinco regiões do Brasil, estabeleceu como critério de inclusão municípios que recebem recurso para o SAMU. O segundo foram os municípios com SAMU e suas CRU implantados, habilitados ou qualificados em todo território nacional. Considerou município com SAMU e CRU implantado, nesse estudo, o município que possui, em seu território, um equipamento do SAMU ou CRU, e que esse equipamento estivesse enumerado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), e na condição de habilitado ou qualificado, circunstância necessária para receber o recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (custeio).

Para articular as características demográficas e de financiamento das regiões brasileiras com o estudo ora apresentado, segue a Tabela 2 contendo as cinco regiões geográficas e estados com suas respectivas populações e o PIB correspondente ao período (2017 a 2021) dessa pesquisa.

TABELA 2 - Regiões geográficas e estados brasileiros com populações e PIB no período de 2017 a 2021.

REGIÕES GEOGRÁFICAS/ ESTADOS	2017		2018		2019		2020		2021	
	POP	PIB (R\$)								
NORTE	17.936.201	367.956.000.000,00	18182253	387.535.000.000,00	18.430.980	420.424.000.000,00	17.241.591	478.173.000.000,00	18.906.962	564.059.747.000,00
Acre	829.619	14.273.000.000,00	869.265	15.331.000.000,00	881.935	15.630.000.000,00	894.470	16.476.000.000,00	906.876	21.370.440.000,00
Amapá	797.722	15.482.000.000,00	829.494	16.795.000.000,00	845.731	17.497.000.000,00	861.773	18.469.000.000,00	877.613	20.099.851.000,00
Amazonas	4.063.614	93.240.000.000,00	4.080.611	100.109.000.000,00	4.144.597	108.181.000.000,00	4.207.714	116.019.000.000,00	4.269.995	131.531.038.000,00
Pará	8.366.628	155.232.000.000,00	8.513.497	161.350.000.000,00	8.602.865	178.377.000.000,00	8.690.745	215.936.000.000,00	8.777.124	262.904.979.000,00
Rondônia	1.805.788	43.516.000.000,00	1.757.589	44.914.000.000,00	1.777.225	47.091.000.000,00	1.796.460	51.599.000.000,00	1.815.278	58.170.096.000,00
Roraima	522.636	12.105.000.000,00	576.568	13.370.000.000,00	605.761	14.292.000.000,00	631.181	16.024.000.000,00	652.713	18.202.579.000,00
Tocantins	1.550.194	34.108.000.000,00	1.555.229	35.666.000.000,00	1.572.866	39.356.000.000,00	159.248	43.650.000.000,00	1.607.363	51.780.764.000,00
NORDESTE	57.254.159	953.430.000.000,00	56.760.780	1.004.828.000.000,00	57.071.654	1.047.396.000.000,00	57.374.243	1.079.331.000.000,00	57.667.842	1.243.103.280.000,00
Alagoas	3.375.823	52.851.000.000,00	3.322.820	54.413.000.000,00	3.337.357	58.594.000.000,00	3.351.543	63.202.000.000,00	3.365.351	76.265.620.000,00
Bahia	15.344.447	268.724.000.000,00	14.812.617	286.240.000.000,00	14.873.064	293.241.000.000,00	14.930.634	305.321.000.000,00	14.985.284	352.617.852.000,00
Ceará	9.020.460	147.922.000.000,00	9.075.649	155.904.000.000,00	9.132.078	163.575.000.000,00	9.187.103	166.915.000.000,00	9.240.580	194.884.802.000,00
Maranhão	7.000.229	89.543.000.000,00	7.035.055	98.179.000.000,00	7.075.181	97.340.000.000,00	7.114.598	106.916.000.000,00	7.153.262	124.980.720.000,00
Paraíba	4.025.558	62.397.000.000,00	3.996.496	64.374.000.000,00	4.018.127	67.986.000.000,00	4.039.277	70.292.000.000,00	4.059.905	77.470.331.000,00
Pernambuco	9.473.266	181.610.000.000,00	9.496.294	186.352.000.000,00	9.557.071	197.853.000.000,00	9.616.621	193.307.000.000,00	9.674.793	220.813.522.000,00
Piauí	3.219.257	45.366.000.000,00	3.264.531	50.378.000.000,00	3.273.227	52.781.000.000,00	3.281.480	56.391.000.000,00	3.289.290	64.028.303.000,00
Rio Grande do Norte	3.507.003	64.306.000.000,00	3.479.010	66.970.000.000,00	3.506.853	71.337.000.000,00	3.534.165	71.577.000.000,00	3.560.903	80.180.733.000,00
Sergipe	3.507.003	40.711.000.000,00	2278308	42.018.000.000,00	2.298.696	44.689.000.000,00	2.318.822	45.410.000.000,00	2.338.474	51.861.397.000,00
CENTRO-OESTE	15.875.907	661.912.000.000,00	16.085.885	694.911.000.000,00	16.297.074	731.351.000.000,00	16.504.303	791.251.000.000,00	16.707.336	932.165.625.000,00
Goiás	6.778.772	191.948.000.000,00	6.921.161	195.682.000.000,00	7.018.354	208.672.000.000,00	7.113.540	224.126.000.000,00	7.206.589	269.627.874.000,00
Mato Grosso	3.344.544	128.846.000.000,00	3.441.998	137.443.000.000,00	3.484.466	142.122.000.000,00	3.526.220	178.650.000.000,00	3.567.234	233.390.203.000,00
Mato Grosso do Sul	2.713.147	96.396.000.000,00	2.748.023	106.969.000.000,00	2.778.986	106.943.000.000,00	2.809.394	122.628.000.000,00	2.839.188	142.203.766.000,00
Distrito Federal	3.039.444	244.722.000.000,00	2.974.703	254.817.000.000,00	3.015.268	273.614.000.000,00	3.055.149	265.847.000.000,00	3.094.325	286.943.782.000,00
SUDESTE	86.949.714	3.482.144.000.000,00	87.711.946	3.721.317.000.000,00	88.371.433	3.917.485.000.000,00	89.012.240	3.952.695.000.000,00	89.632.912	4.712.981.720.000,00
Espírito Santo	4.016.356	113.400.000.000,00	3972388	137.020.000.000,00	4.018.650	137.346.000.000,00	4.064.052	138.446.000.000,00	4.108.508	186.336.505.000,00
Minas Gerais	21.119.536	576.376.000.000,00	21040662	614.876.000.000,00	21.168.791	651.873.000.000,00	21.292.666	682.786.000.000,00	21.411.923	857.593.214.000,00
Rio de Janeiro	16.718.956	671.606.000.000,00	17159960	758.859.000.000,00	17.264.943	779.928.000.000,00	17.366.189	753.824.000.000,00	17.463.349	949.300.770.000,00
São Paulo	45.094.866	2.120.762.000.000,00	45538936	2.210.562.000.000,00	45.919.049	2.348.338.000.000,00	46.289.333	2.377.639.000.000,00	46.649.132	2.719.751.231.000,00
SUL	29.644.948	1.122.038.000.000,00	29.754.036	1.195.550.000.000,00	30.021.718	1.272.105.000.000,00	30.192.315	1.308.148.000.000,00	30.402.587	1.559.827.628.000,00
Paraná	11.320.892	421.498.000.000,00	11348937	440.029.000.000,00	11.433.957	466.377.000.000,00	11.516.840	487.931.000.000,00	11.597.484	549.973.062.000,00
Rio Grande do Sul	11.322.895	423.270.000.000,00	11329605	457.294.000.000,00	11.422.973	482.464.000.000,00	11.422.973	470.942.000.000,00	11.466.630	581.283.677.000,00
Santa Catarina	7.001.161	277.270.000.000,00	7075494	298.227.000.000,00	7.164.788	323.264.000.000,00	7.252.502	349.275.000.000,00	7.338.473	428.570.889.000,00

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE.

5.2.1. O componente móvel da RAU: SAMU 192

O SAMU é um Serviço Móvel complexo, que desenvolve ações especializadas na área da urgência móvel de forma ágil e oportuna, com protocolos específicos, principalmente, para as urgências/emergências tempo dependente. Tudo isso, sob o direcionamento de uma regulação de urgência, que possui um campo fecundo para diversas discussões e pesquisas, a qual está sob os princípios e diretrizes da PNAU e alinhado com os componentes da RAU. Após vinte anos da Política de Urgência no Brasil, tendo o SAMU e suas CRU como grandes observatórios, pois este sistema conseguiu capilarizar nas cinco regiões geográficas, os dados compilados nesta linha do tempo, apontam as construções positivas e as distorções evidenciadas nesta trajetória.

O financiamento (investimento e custeio) do SAMU 192 e de suas CRU estão previstos no arcabouço jurídico da PNAU, para os três entes federativos e desde o nascimento desse Serviço, apenas três marcos legais na linha temporal de vinte anos, discorreu efetivamente sobre reajuste ou recomposição financeira, como mostra o quadro abaixo:

QUADRO 3 - Portarias do Ministério da Saúde que definem o financiamento e custeio do SAMU 192 e CRU

NORMATIVA ANO DE PUBLICAÇÃO	VALORES PREVISTOS NAS PORTARIAS MINISTERIAIS/REPASSE DA UNIÃO
<p>Portaria GM Nº 1.863/2003</p>	<p>Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.</p> <p>Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os seguintes parâmetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês; - Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês; - Equipe da Central SAMU-192: R\$ 19.000,00 por mês.
<p>Portaria GM Nº 1.473/2013</p>	<p>Instituído incentivo financeiro de custeio para manutenção das Unidades Móveis efetivamente implantadas, ao MS, por intermédio do FNS, competirá realizar repasses regulares e automáticos, na seguinte proporção:</p> <p>I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade habilitada - R\$ 13.125,00 por mês; - Unidade habilitada e qualificada - R\$ 21.919,00 por mês; <p>II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade habilitada - R\$ 38.500,00 por mês;

	<p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 48.221,00 por mês;</p> <p>III - Unidade Aeromédica:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 38.500,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 48.221,00 por mês" (NR)"</p> <p>IV – Unidade de Embarcação:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 45.000,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 77.000,00 por mês</p> <p>VI - Veículo de Intervenção Rápida - VIR:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 38.500,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 48.221,00 por mês." (NR)</p> <p>VI - Motolância:</p> <p>- Motolância habilitada - R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;</p> <p>- Motolância habilitada e qualificada - R\$ 7.000 (sete mil reais) por mês;</p> <p>VII – CRU: Definido recurso com base na população a ser atendida.</p> <p>Menor parâmetro: 350.000 habitantes, segue os critérios:</p> <p>- Habilitada: R\$ 42.000,00</p> <p>- Habilitada e Qualificada: R\$ 52.605,00</p> <p>Maior parâmetro: acima de 10.000.001 habitantes, segue os critérios:</p> <p>- Habilitada: R\$ 341.600,00</p> <p>- Habilitada e Qualificada: R\$ 427.854,00</p>
<p>Portaria GM Nº 958/2023</p>	<p>I - Unidade de Suporte Básico de Vida terrestre</p> <p>- Habilitada - R\$ 17.062,50 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 28.494,70 por mês.</p> <p>II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 62.687,30 por mês;</p> <p>III - Unidade Aeromédica:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 62.687,30 por mês;</p> <p>IV – Unidade de Embarcação:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 58.500,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 97.500,00 por mês</p> <p>VI - Veículo de Intervenção Rápida - VIR:</p> <p>- Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 por mês;</p> <p>- Unidade habilitada e qualificada - R\$ 97.500,00 por mês." (NR)</p> <p>VI - Motolância:</p> <p>- Motolância habilitada - R\$ 9.100,00 por mês;</p> <p>- Motolância habilitada e qualificada - R\$ 9.100 por mês;</p> <p>VII – CRU: Definido recurso com base na população a ser atendida.</p> <p>Menor parâmetro: 350.000 habitantes, segue os critérios:</p> <p>- Habilitada: R\$ 54.600,00</p> <p>- Habilitada e Qualificada: R\$ 68.386,50</p> <p>Maior parâmetro: acima de 10.000.001 habitantes, segue os critérios:</p>

	- Habilitada: R\$ 444.080,00
	- Habilitada e Qualificada: R\$ 556.210,20

Fonte: Brasil, 2003; Brasil, 2013c; Brasil, 2023.

Atualmente, o SAMU 192 atende 86,86% da população brasileira, com uma cobertura de 185.291.978 habitantes, em todos os estados brasileiros, distribuídos em 3.917 municípios, com acesso ao Serviço Móvel no território nacional. Em todo o país, o Ministério da Saúde já habilitou 3.665 unidades móveis, sendo 3.000 Unidades de Suporte Básico terrestre (USB), 665 Unidades de Suporte Avançado terrestre (USA) e 255 Motolâncias, 13 Equipes de Embarcação e 21 Equipes Aeromédicas. Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde para custeio do SAMU no ano de 2017 foi de R\$ 930.294.573,93 milhões, correspondendo a 2,45% do custeio da Média e Alta Complexidade (MAC), para R\$ 1.203.148.588,10 milhões em 2021, correspondendo a 1,89% do custeio da MAC. Período temporal desse estudo (BRASIL, 2023).

5.3 FONTES DE DADOS

Este estudo trabalhou com dados secundários dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Indiscutivelmente, a possibilidade de fazer pesquisa a partir de dados secundários capitados à distância, viabiliza a produção científica, além de valorizar os sistemas de informação e funcionar como um grande observatório para contribuir na construção de políticas públicas e tomada de decisão dos gestores e equipe técnica. Para esta produção científica utilizou os dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), este sistema contém informações acerca da gestão financeira dos recursos do SUS, sendo possível acessar programas, convênios, consulta de pagamentos, dentre outros dados (BRASIL, 2011b).

O FNS foi instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, este sistema é a unidade gestora dos recursos financeiros destinados ao SUS, na esfera federal. Os recursos alocados pelo FNS aos estados, distrito federal e municípios, através dos FES, FDS e FMS, têm por finalidade permitir a estes entes a realização, de modo descentralizado, de ações e serviços de saúde, assim como investimentos na rede de atenção à saúde (FNS, 2019).

Para a construção da base de dados referentes ao financiamento do SAMU e suas Centrais de Regulação das Urgências (CRU) foram utilizadas as informações, disponíveis na internet, contidas no FNS. A união alimenta este sistema regularmente, sendo possível acompanhar o repasse federal de investimento e custeio, mensalmente para os estados, distrito

federal e municípios, assim como os gastos deste ente federativo. Os dados derivados dessa fonte se referiram as entradas de recursos financeiros (custeio) nos cofres dos estados e municípios (receitas) e aos dispêndios para o funcionamento (despesas) dos SAMU e suas CRU no desenvolvimento de suas ações finalísticas em todo território nacional.

Os dados referentes aos SAMU e suas CRU, implantados, habilitados ou qualificados nos estados e municípios no Brasil, foram coletados pelas informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os municípios são responsáveis pelo cadastro do SAMU e atualização desses dados no CNES, mantendo as indicações se esses serviços estão “ativado” ou “desativado”, com respectiva data da informação. Dessa maneira, foi possível identificar a distribuição desses serviços, com suas respectivas unidades móveis, profissionais cadastrados, especialidades (básica ou avançada), modalidades (terrestre, aquaviária, aérea) dessas unidades e há quanto tempo estão em funcionamento, e em quais municípios estão em funcionamento. Assim, conseguiu identificar quantitativamente essa distribuição nas cinco regiões do Brasil.

Para obtenção do IPCA e os dados populacionais, foram coletadas as informações do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), foram utilizados dados provenientes do Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A revisão da literatura, mais detalhada, para o desenvolvimento do marco conceitual sobre o financiamento do SAMU/Centrais de Regulação das Urgências como sua organização e cobertura de serviços de saúde, se deu por meio de busca sistemática na internet, tais como dados do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), produções científicas, entre outros. Foi levantada ainda, em livros, arcabouço jurídico da União referente à temática, Resoluções CIB e CIT, normativas e documentos oficiais disponíveis em fontes de dados secundárias.

5.4. INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS: CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE

Os sistemas de informação instituídos e mantidos pelo MS são imprescindíveis enquanto ferramenta para controle dos recursos disponibilizados aos demais entes federados. Referente ao financiamento dos serviços e ações em saúde, a sistematização das informações, hoje, mantida pelo ente federado atende mais aos interesses da gestão central do Estado brasileiro e

não dá conta de visualizar e acompanhar o fluxo desses recursos em todos momentos. O entendimento das fragilidades e vicissitudes para uso dessas informações pelos demais entes, academia e sociedade de um modo geral, tornou expressa a necessidade de criação de um novo sistema de contas em saúde. Diante desse cenário, nesta pesquisa, surgiu a necessidade de utilizar o chamado modelo Contas Nacionais em Saúde (CNS) (COELHO et al., 2016).

Este modelo aperfeiçoado pela OMS foi inicialmente desenvolvido nos EUA. Adota os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) contidos no manual de classificação da SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA). O SHA foi desenvolvido com a finalidade de possibilitar comparação internacional de gastos em saúde, sendo mais útil para sistemas de saúde de uma única fonte de recursos. Em contraponto, as CNS desagregam recursos por categorias, o que as tornam mais flexíveis e apropriadas frente à complexidade de países como o Brasil (COELHO et al., 2016). As CNS foram utilizadas com sucesso em países que possuem sistemas pluralísticos de saúde, que abrangem diversas fontes, agentes e provedores, em especial, na América Latina (MAGNOLI, 2001; PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

As CNS podem ser concebidas como uma descrição sistemática dos fluxos financeiros relacionados com ações e serviços de saúde ofertados para a população de um determinado país e período. Nessa perspectiva, podem tornar-se ferramentas fundamentais para uma boa governança, auxiliando na tomada de decisão na gestão do sistema de saúde ao capturar fluxos financeiros atinentes à prestação da assistência de saúde, avaliar lacunas do processo de financiamento e adequar gastos em relação ao acesso, aos indicadores epidemiológicos, dentre outros (WHO, 2018).

O modelo de CNS representa um instrumento que norteia, facilita e viabiliza o processo de organização, sintetização, descrição, análise e interpretação das informações financeiras geradas, com vistas a contribuir para uma maior compreensão da conformação dos gastos com saúde visando à melhoria do desempenho do sistema de saúde. Trata-se de um instrumento de apoio à gestão orçamentária, desde sua elaboração até a execução, para o alcance das metas das políticas de saúde, já que permite seguir o fluxo dos recursos financeiros das origens até os usos (COELHO et al., 2005).

Com base no modelo de CNS, os gastos com o SAMU (cada unidade móvel) e suas CRU podem ser mensurados utilizando uma matriz contendo as quatro categorias básicas da atenção à saúde, que orientam a montagem das tabelas (como evidencia o Quadro 4), as quais, por sua vez, estruturam, organizam e tabulam os dados, além de guiar o processo de análise.

QUADRO 4 - Categorias e tabelas básicas das CNS.

Categorias Básicas das CNS	Tabelas Básicas das CNS
<ul style="list-style-type: none"> - Fontes de Financiamento: são responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, tais como os recursos de arrecadação tributária federal, estadual e municipal. - Agentes de Financiamento: são os receptores intermediários das verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar serviços de saúde e produtos. - Provedores: são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde. Distribuem os serviços de saúde para a população, ou seja, os hospitais, as clínicas e os postos de saúde. - Atividades: referem-se às ações e aos serviços que os provedores oferecem com seus recursos, por exemplo, curativos, cuidados de enfermagem, insumos médicos, dentre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabela 1. Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento. - Tabela 2. Agentes de Financiamento por Provedores. - Tabela 3. Agentes de Financiamento por Atividades. - Tabela 4. Provedores por Atividades.

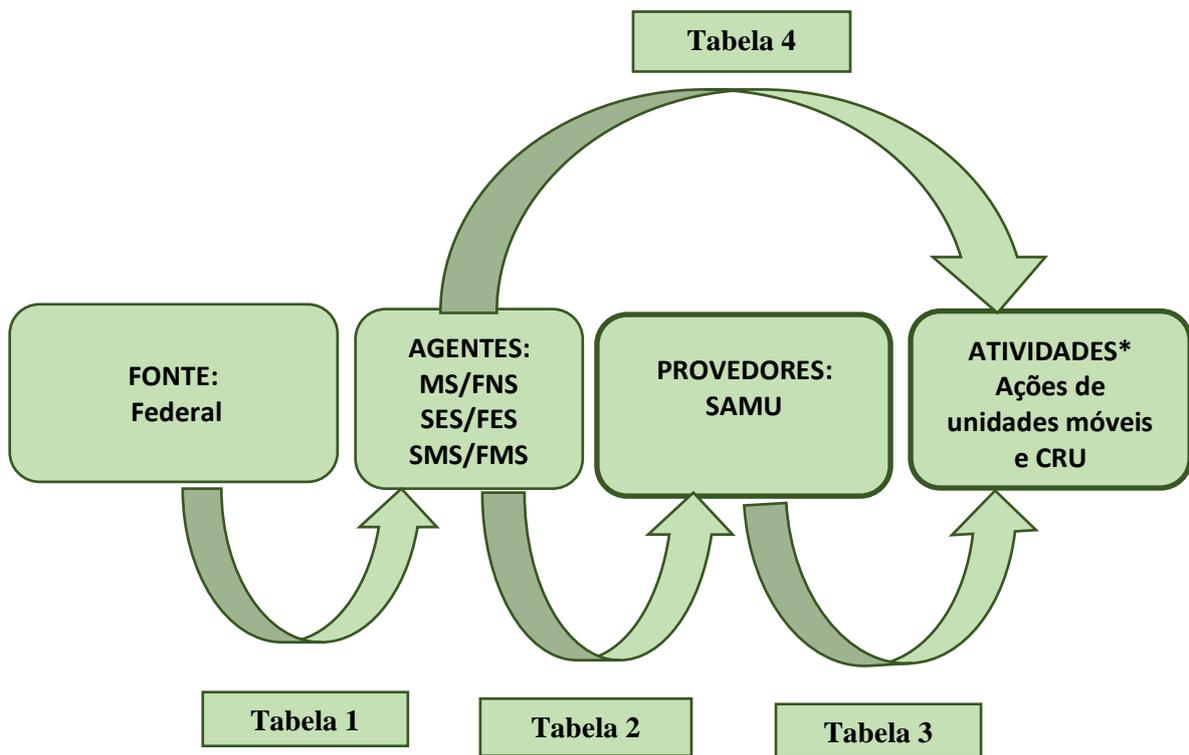
Fonte: WHO (2003).

A descrição do fluxo de recursos, de cada fonte, seja federal, estadual ou municipal, até as atividades específicas, possibilita identificar como cada serviço é financiado (quem gasta em saúde, como e quando), neste estudo, identifica o recurso de todas as unidades móveis do SAMU (ambulância terrestre, aérea ou aquática, habilitada ou qualificada e motolância) como também de cada CRU existente no país, ampliando, desse modo, a visão de toda a estrutura do financiamento do Serviço Móvel e Regulação de Urgência nacionalmente (COELHO et al., 2005).

Cada tabela bidimensional apresenta um fluxo específico das verbas, de cada ente federado para outro, através das contas especiais dos fundos de saúde, seguindo de cada categoria de entidade de saúde para outra, isto é, quanto é gasto por cada dimensão de cuidados com saúde e para onde estas verbas são transferidas. Assim, expressam o gasto com a saúde a partir dos registros de diferentes momentos do fluxo financeiro (COELHO; CHAGAS, 2006). Especificamente no Serviço Móvel, essa metodologia pode ser muito útil, haja vista a dinâmica como acontecem as habilitações e desabilitações das unidades móveis, como também a qualificação desses equipamentos, que hoje o FNS e o SIOPS não conseguem dar conta de responder essa especificidade e agilidade que abarcam as verbas que chegam a cada ambulância no país.

No estudo em tela, visualiza o recurso para cada equipamento SAMU e CRU. Nacionalmente, existem SAMU e CRU com gestão municipal, estadual, consórcios públicos, contratos administrativos e Organizações Sociais de Saúde (OSS), ou seja, os recursos destinados ao componente móvel da RAU não são geridos por este Serviço. A Figura abaixo mostra o fluxo do recurso composto por receitas e despesas.

FIGURA 4 - Fluxo do recurso, composto por receita e despesa.



Fonte: Adaptado COELHO et al., 2016.

* USBT – Unidade de Suporte Básico Terrestre
 USAT – Unidade de Suporte Avançado Terrestre
 MOTO – Motolância
 AERO – Aeronave de Asa Rotativa (helicóptero) ou Asa Fixa (avião)
 USBF- Unidade de Suporte Básico Aquático (embarcação)
 USAF – Unidade de suporte Avançado Aquático (embarcação).

Nesse estudo, foram utilizadas as três primeiras, das quatro tabelas do modelo CNS para mensurar a evolução dos gastos do ente federal com o SAMU e CRU. Os dados foram coletados e analisados com o auxílio desse instrumento de contas. A Tabela 1 do modelo de CNS (fontes

de financiamento por agentes de financiamento) é apresentada em sua forma sintética no quadro 5. A expressão “fundos de saúde” caracteriza o bloco de recursos financeiros das fontes (federais, estaduais e municipais) e a palavra “governo” refere-se aos agentes de financiamento ou entes intermediários ou gestores, podendo representar, por exemplo, as secretarias de saúde municipais, que recebem os recursos das fontes federais, estaduais e municipais para aplicação em uma diversidade de programas, ações e serviços de saúde, ou ainda uma aglomeração de municípios na forma de macrorregiões ou regiões de saúde (COELHO et al., 2016).

QUADRO 5 - Forma simplificada da Tabela 1: fontes de financiamento por agentes de financiamento.

Agentes de Financiamento		Fontes de Saúde			Total
		FS. 1 Fundos de Saúde			
		FS.1.1 Federal	FS.1.2 Estadual	FS.1.3 Municipal	
AF.1 Governo	AF.1.1 Governo Estadual				
	AF.1.2 Governos Municipais				
Total					

Fonte: Coelho et al., 2016.

A partir desse modelo foram construídas as tabelas de armazenamento dos dados financeiros de **custeio** em forma de **receita** e **gasto** para o SAMU e CRU, por regiões geográficas nacionalmente, estados, municípios e população coberta, **agentes de financiamento** representados em cada esfera governamental, onde este produto fez interface com os equipamentos do SAMU que realizam o atendimento à população.

Considera-se aqui como recurso financeiro do tipo receita “todas as entradas de caráter não devolutivo auferidos pelo poder público, em qualquer esfera governamental, para alocação e cobertura de despesas públicas”. As receitas são correntes, representadas por recursos intergovernamentais, com transferências regulares e automáticas do SUS da União para estados e municípios, bem como dos Estados para os municípios. As receitas de capital, essas encontram-se contidas em recursos provenientes de atividades operacionais, ou não, aplicadas em ações de governo. Já, **Gastos em Saúde** a CNH-AHA define como “todos os gastos envolvidos na atividade econômica, realizados com a intenção de promover saúde, mudar comportamentos relacionados à saúde ou modificar o desempenho do sistema ou do seu financiamento durante um período de tempo definido” (BRASIL, 2002; COELHO et al., 2005; WHO, 2003, p.20).

TABELA 3 - Fonte de financiamento por agente de financiamento do SAMU 192 nas cinco regiões brasileiras, no período de 2017 a 2021.

Agentes de financiamento	Fontes de financiamento			TOTAL
	Federal	Estadual	Municipal	
	Custeio	Custeio	Custeio	
REGIÃO NORTE				
REGIÃO NORDESTE				
REGIÃO SUDESTE				
REGIÃO SUL				
REGIÃO CENTRO OESTE				
TOTAL				

Fonte: adaptado Coelho et al., 2016.

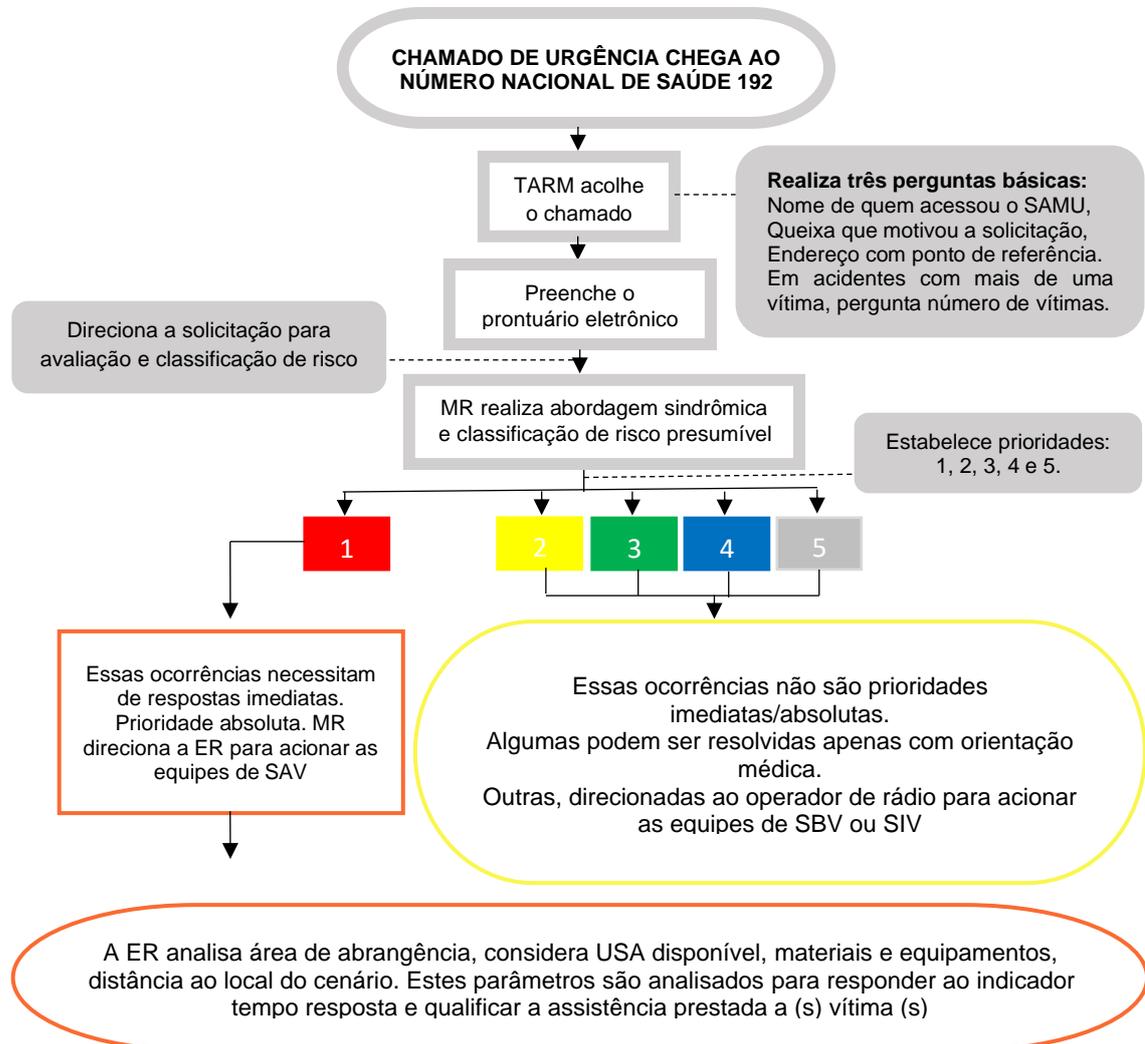
A expressão “fonte” representa o recurso financeiro do ente federal repassado aos municípios, através do FNS para o FMS, já o agente de financiamento é representado pelas secretarias municipais de saúde que estão nessas regiões geográficas.

As tabelas 2 e 3 do modelo de CNS (agentes de financiamento e prestadores de serviços de saúde) é apresentada de forma sintética no quadro 6. Essa tabela foi adaptada a esse estudo e agrupou prestador/atividades. A expressão “prestadores/atividades” nesse estudo é representada pela CRU e equipamentos do SAMU que prestam atendimento diretamente a população e estão cadastrados no CNES e estão na condição de habilitado ou qualificado, pois são aptos a receberem os repasses financeiros dos entes federados. A CRU de cada território atende os chamados direcionados ao número nacional de saúde 192, compõe um importante papel na RAU por resgatar os princípios da regionalização e descentralização do SUS. Atua acolhendo as demandas dos usuários, classificando-as e priorizando-as através do chamado telefônico 192, aí trabalham os profissionais: Técnico Auxiliar da Regulação Médica (TARM), o Médico Regulador (MR) e o Rádio Operador (RO) equipe mínima, prevista na PNAU. Existem em alguns Serviços outras categorias profissionais, como a Enfermeira Reguladora (ER) e o Técnico de Informática (TI).

O primeiro contato da população é com o TARM, o qual realiza o acolhimento do chamado, com perguntas objetivas e direciona a solicitação para o MR, este é autoridade sanitária e pode definir qual o recurso mais adequado para atender ao agravo apresentado, a partir da classificação de risco presumível, realizada após abordagem sindrômica considerando a queixa do solicitante, dentro de um menor tempo-resposta, onde existe um fluxo definido dessas solicitações nesse espaço. Feito isso, a solicitação é direcionada ao RO que aciona a

equipe de intervenção e dispara para o atendimento no local do cenário. Nas CRU que tem o TI, este fica responsável pelo o sistema de informação e dados estatísticos do Serviço, a ER, nesse espaço complexo, agrega valores e saberes do ponto de vista gerencial e da interface com as unidades móveis e componentes da RAU, sendo imprescindível para o SAMU. A formação da enfermeira converge para o seu desempenho frente às ações gerenciais, constituindo-se em atividade meio, modificando os processos de trabalho com vistas na qualidade do atendimento em suas variadas dimensões. O fluxograma 1 aponta o direcionamento dos chamados que chegam a CRU.

FIGURA 5: Fluxograma - Direcionamento dos chamados de Urgência na CRU



Fonte: Adaptado, Farias in: Silva (2021).

Os equipamentos do SAMU recebem verba dos três entes federados, nesse estudo, referem-se apenas ao recurso da União, esses e a CRU compõem essa tabela. A Viatura de Intervenção Rápida (VIR), as transferências entre unidades de saúde, assim como as ações meio, sejam elas, educativas ou gerenciais não existem um recurso definido pela PNAU, dessa maneira esse equipamento e essas ações, nesse estudo, não são contemplados nas tabelas de financiamento (SILVA, 2021; MALVESTIO; SOUSA, 2022b, BRASIL, 2023).

As receitas de capital que compõem o investimento são classificadas de acordo com o tipo de equipamento a ser adquirido e/ou mantido. Considera-se nessa pesquisa cada equipamento do SAMU 192 que produz ação/atividade e possui um financiamento definido na PNAU como prestador/atividade de serviço. A produção de cada prestador/atividade é identificada para o ente federal e estadual através do Boletim de Produção Ambulatorial (PBA).

Porém, esse Serviço não recebe por histórico dessa produção e nem por produtividade, e sim por equipamento disponibilizado para atendimento à população conforme parâmetros e diretrizes estabelecidos na Política de Urgência. Segue quadro 6 apresentando de forma sintética a Tabela 3: fontes de financiamento por prestadores de serviços de saúde, modelo CNS.

QUADRO 6 - Forma simplificada da Tabela 2: Agentes de Financiamento por Prestadores de serviços de saúde, modelo CNS.

Provedores (prestadores) de Serviços de Saúde	Agentes de Financiamento			
	MS	SES	SMS	Total
Hospitais Públicos				
Hospitais Filantrópicos				
Hospitais Privados				
Total				

Fonte: Adaptado Coelho et al., 2016.

Neste estudo foi considerado agente de financiamento as secretarias municipais de saúde de todo território nacional, que recebem verba destinada ao SAMU ou CRU. Esses municípios foram agregados por estados e regiões geográficas e adaptadas na tabela 4.

TABELA 4 - Prestador/Atividades por agente de financiamento do SAMU 192, nas cinco regiões geográficas brasileiras, no período de 2017 e 2021.

PRESTADORES SAMU 192/CRU	AGENTES DE FINANCIAMENTO					Total
	REGIÃO NORTE	REGIÃO NORDESTE	REGIÃO CENTRO OESTE	REGIÃO SUDESTE	REGIÃO SUL	
CRU						
USBT⁵						
USAT⁶						
MOTO⁷						
AERO⁸						
USBF⁹						
USAF¹⁰						
Total						

Fonte: Adaptado Coelho et al., 2016.

⁵ USBT – Unidade de Suporte Básico Terrestre

⁶ USAT – Unidade de Suporte Avançado Terrestre

⁷ MOTO – Motolância

⁸ AERO – Aeronave de Asa Rotativa (helicóptero) ou Asa Fixa (avião)

⁹ USBF- Unidade de Suporte Básico Aquático (embarcação)

¹⁰ USAF – Unidade de suporte Avançado Aquático (embarcação)

Os dados referentes ao número de municípios com SAMU e CRU implantados e distribuídos e população desses municípios nos anos de 2017 e 2021, foram coletados a partir dos dados contidos no CNES e IBGE, em seguida foram organizados por municípios, estados e regiões brasileiras em planilhas de *Excel* e as informações cruzadas com os dados do financiamento. Foram levantados os números de CRU no país e por região geográfica, como também o quantitativo de ambulâncias terrestres, aéreas e de embarcação, sejam de suporte básico de vida, suporte intermediário de vida e suporte avançado de vida. Que estejam cadastradas, habilitadas ou qualificadas. O CNES, não informa a situação deste “prestador” se habilitado ou qualificado, identifica nessa base de dados a condição de cadastrado. Essa situação se habilitado ou qualificado foi identificado nesse estudo quando cruzou os dados do FNS e CNES.

5.5 TRAJETÓRIA DA COLETA DE DADOS

Esse estudo trabalhou com dados secundários dos sistemas de informações do MS, tanto para a coleta relacionada ao financiamento do SAMU e das suas Centrais de Regulação das Urgências (CRU) referente à esfera federal, quanto para dados relativos aos municípios com SAMU implantados no Brasil. Inicialmente, esse estudo contemplava apenas o financiamento do SAMU no país, e para dar conta dessa demanda, estava planejada a realização da coleta de dados no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). A decisão por essa plataforma objetivava encontrar os dados sobre financiamento tanto da União, quanto dos estados, distrito federal e municípios. Outro ponto relevante, foi que os estudos de financiamento do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUSC), onde projeto esse está inserido, trabalharam com esse sistema, então era uma base que o NUSC tinha muita habilidade e aproximação para construção de bons bancos de dados.

Então, definido o SIOPS como base para as coletas de dados, foi realizado um treinamento, com duração de oito horas, sobre a utilização desse sistema, para os pesquisadores de campo responsáveis pela coleta de dados, com o objetivo de prepará-los para uma coleta segura e construção de um banco de dados com qualidade. O treinamento foi um curso teórico e prático, com apresentação e discussão das planilhas a serem preenchidas, como também a apresentação desse sistema e do fluxo a ser desenvolvido, passo a passo, para o preenchimento das planilhas.

Em seguida, a equipe iniciou os trabalhos referentes a essa etapa do projeto, porém, no ponto de partida ao navegar no sistema definido para buscar as informações, a primeira

dificuldade já se manifestou, pois na base de dados do SIOPS não constava, naquele momento, os dados relativos ao financiamento do SAMU. Essa situação tornou inviável a coleta, pois não apareciam recursos do bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) destinados ao SAMU, referentes às contrapartidas dos entes federados. Diante do exposto, foi necessária uma tomada de decisão que viabilizasse a operacionalização da pesquisa, daí a partir das discussões com a equipe responsável pela coleta de dados, emergiu a possibilidade de trabalhar com a base de dados do sistema de informação do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Assim, os instrumentos para a coleta de dados foram adaptados e foi realizado um novo treinamento com os pesquisadores para conhecerem e utilizarem essa plataforma para a coleta, tabulação e organização dos dados com as informações desse novo sistema.

A decisão para utilização do FNS se deu pela importância dessa plataforma no financiamento da saúde, pois, legalmente, todo recurso financeiro federal destinado às esferas subnacionais da saúde, suas transferências, acontecem através de contas especiais definidas pela Lei nº 8.080 de setembro de 1990. Essas contas são gerenciadas pelo FNS, FES, FMS e FDS que são legalmente representados pelo MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SSDF). Um limitador decorrente desse processo foi a restrição do escopo do estudo que passou a trabalhar com as fontes de financiamento do SAMU e suas CRU referente apenas ao ente federal.

Para construção do banco de dados, a trajetória e caminhada no FNS, aconteceram através do site oficial do MS/FNS, na aba Consulta de Pagamento Consolidado/Demonstrativo das transferências de recursos realizados por bloco de financiamento. Nessa página os campos obrigatórios para preenchimento foram: ano, estado, município e tipo de repasse. Cada campo era preenchido referente a cada ano e mês da pesquisa. Feito isto, a próxima página apontava o total de repasse realizado fundo a fundo, mês a mês daquele ano para o município selecionado. Na sequência, abria-se o bloco de Financiamento/Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (custeio), tendo acesso às informações desse bloco de financiamento. O próximo passo era localizar os recursos destinados a MAC e, dentro desse espaço, identificar mês a mês os recursos destinados ao SAMU. Chegando a esse domínio, as informações aí contidas eram transferidas mês a mês para o respectivo ano em estudo e os dados eram tabulados em planilhas no *Excel*.

A caminhada na construção do banco de dados seguia consultando a base de dados do FNS e do IBGE, nos anos de 2017 a 2021, de cada município brasileiro para identificar se possuía recurso destinado ao SAMU, no FNS e a população de cada município no IBGE. À medida que a coleta de dados avançava, no FNS, em cada município e estados de modo a

compõem as regiões geográficas, foram percebidos pontos, na plataforma em uso, que chamavam a atenção dos pesquisadores, tais como: mudança de valores para mais ou para menos com grandes diferenças de um mês para outro; meses sem aparecer qualquer valor financeiro destinado aquele município, municípios com mais de cem mil habitantes sem constar recurso financeiro destinado ao SAMU; estado com recurso SAMU apenas para a capital; recurso destinado à Rede de Atenção às Urgências (RAU), porém não sinalizava qual componente, entre outros. Durante a coleta de dados no FNS, diante das inconsistências visualizadas, foi realizado contato com técnicos do MS, da área da coordenação nacional de urgência, para dialogar sobre as transferências de recursos da União para o componente SAMU em cada município, e no período, foi sinalizado que se poderia também levantar os dados através do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).

Dessa forma, foram realizadas algumas visitas à plataforma do SISMAC, entretanto, diante das informações encontradas, percebeu-se que a base de dados não daria conta de responder aos questionamentos e nem atingir os objetivos propostos da pesquisa. De modo que, os dados desse sistema não foram utilizados. Assim, a coleta dos dados no FNS continuava, haja vista esse sistema abarcar, teoricamente, todos os recursos que são transferidos fundo a fundo da União para as esferas subnacionais. Seguindo nessa construção foi montado e organizado um grande banco de dados, com envergadura para visualizar, na linha temporal desse estudo, todos os recursos transferidos para os SAMU em todo Brasil, pela União. Porém, as inconsistências de algumas informações levantadas e as respostas não encontradas para alguns questionamentos surgidos a partir da pesquisa em andamento, suscitou a necessidade de buscar outras informações em nível nacional que dialogassem com os dados do FNS.

Nesse momento, foi identificada a necessidade de confrontar o financiamento do SAMU e suas CRU com a rede SAMU implantada no Brasil. Para realizar esse espelhamento, questionou-se: qual ou quais sistemas de informação o MS utiliza para balizar o repasse da contrapartida federal para os estados e municípios?

A primeira condição necessária é o cadastramento dos Serviços no CNES e que este Serviço esteja na condição de habilitado ou qualificado, para que a transferência, fundo a fundo, aconteça regularmente e automaticamente para os estados e municípios. Em seguida, o acompanhamento se dá pela produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI-SUS), a partir dos atendimentos realizados. Porém, o financiamento é definido pelo tipo de Unidade Móvel e população coberta pela CRU cadastrados no CNES, e não pela produção realizada.

Diante desse contexto, definiu-se por utilizar os dados do CNES para identificar os municípios com SAMU cadastrado e cotejar com os dados do FNS.

Então, definido o CNES como balizador das coletas de dados referente aos SAMU implantados no Brasil, foi realizado o terceiro treinamento da equipe, com duração de quatro horas, sobre a utilização desse novo sistema. Ao navegar na página oficial do CNES, eram dados os seguintes passos: segue na aba consulta, depois estabelecimentos e identificação. Nessa página os campos a serem preenchidos são: estado, município e nome do serviço a ser pesquisado. A próxima tela já mostra os serviços cadastrados. No CNES deve ser cadastrado cada equipamento do SAMU (ambulância básica, avançada, terrestre, aérea, aquática, moto) e CRU. Se o município tiver cinquenta ambulâncias básicas, por exemplo, todas devem ser cadastradas e todos os campos (23) preenchidos, contendo: lista de todos os profissionais que tripulam o veículo, a categoria profissional, a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) e o Cadastro Nacional de Saúde (CNS) do profissional. Os pesquisadores de campo encontraram muitas dificuldades para identificar as ambulâncias do SAMU, pois não existe uma padronização nesse cadastro e cada município preenche os dados com uma informação diferente. Isso fez com que o tempo dedicado a essa coleta fosse maior, mais detalhado e mais trabalhoso.

Seguem, no quadro 7, as diversas nomenclaturas identificadas para as unidades móveis do SAMU e CRU no CNES. Essa diversidade demandou a necessidade de detalhar melhor as informações contidas nos cadastros para definir com segurança o tipo de equipamento que se encontrava naquele cadastro para poder de forma assertiva comparar com os dados do FNS, pois cada equipamento SAMU tem um financiamento específico.

QUADRO 7 - Nomenclaturas identificadas no CNES para as Unidades Móveis do SAMU e CRU.

Central de Regulação de Urgência (CRU)	Unidade de Suporte Avançado (USA)	Unidade de Suporte Básico (USB)
Central de Regulação de Urgência	Ambulância SAMU	Ambulância SAMU
CRU	USA	USB
Regulação	SAMU Avançada	SAMU Básica
Regulação de Urgência	Alfa	Beta
Central de Regulação	Ambulância Alfa	Ambulância Beta
Regulação Médica	Unidade de Suporte Avançado	Unidade de Suporte Básico
Regulação Médica das Urgências	Ambulância	Ambulância
Central Médica	Avançada	Básica
CR	SAMU 01	SAMU 01
-----	SAMU 02	SAMU 02
-----	SAMU USA	SAMU USB

-----	Ambulância Terrestre	Ambulância Terrestre
-----	Ambulância Terrestre Avançada	Ambulância Terrestre Básica
-----	Unidade Móvel	Unidade Móvel
-----	Unidade Móvel Avançada	Unidade Móvel Básica
-----	Recurso Móvel	Recurso Móvel
-----	Recurso Móvel Avançado	Recurso Móvel Básico
-----	Suporte Avançado de Vida	Suporte Básico de Vida

Fonte: Autoria própria com base no CNES, 2023.

Apenas para compreensão, quando um município cadastra no CNES “ambulância SAMU” ou “SAMU” (01, 02, 03...50), essa informação não é suficiente para definir a especificidade do equipamento, se básica ou avançada, da mesma forma que para outros registros citados no quadro 10, para as USA e USB. Para essa definição, cada equipamento assim cadastrado, o pesquisador de campo precisou acessar uma nova aba no CNES, de profissionais cadastrados, em seguida verificar a lista desses profissionais e sua categoria, comparar com as definições na PNAU, de quais profissionais tripulam as UM, para definir se correspondia a uma unidade móvel básica ou avançada e estabelecer, normativamente, o valor do recurso financeiro que esse equipamento receberia ou poderia ou deveria receber da União. Essa trajetória realizada para RM cadastrados equivocadamente ou incompleto, gerou uma caminhada exaustiva, cansativa e mais longa. Esse momento da coleta gerou muitas discussões até se conseguir equacionar o caminho mais assertivo, mesmo os pesquisadores já tendo em mãos, no instrumento de coleta, as possíveis denominações previstas para esse cadastro, em instrumento construído especificamente para essa fase.

Outra situação que gerou muitas discussões até as descobertas, foram as denominações Alfa e Beta encontradas no CNES de alguns municípios que, inicialmente, não foram identificadas como equipamento SAMU. No momento em que se comparavam os recursos recebidos por cada município no FNS referentes ao SAMU, fazia-se necessário retornar ao CNES, para avaliação das informações dos cadastros e reabrir todas as telas desse sistema naquele município para realizar um novo espelhamento das informações. Ou seja, a construção desse banco de dados permeou muitos detalhes para um único atributo.

Atinente às nomenclaturas encontradas para a CRU, foi necessário pesquisar no CNES o horário de funcionamento para diferenciar da Central de Regulação de Média e Alta complexidade, pois esta funcionava apenas em horário administrativo, enquanto a CRU, em regime de 24 horas por dia, sete dias da semana. E pesquisar também, no CNES, a lista de profissionais do equipamento citado, comparar com o que estava posto na PNAU, para que se pudesse distinguir da central de regulação de leitos, já que essa também funciona

ininterruptamente todos os dias da semana. Desse modo foram muitos dados detalhados, em várias etapas, para buscar, confrontar e validar. Após validadas, as informações eram alinhadas nas tabelas que, por sua vez sofreram revisões em busca de eventuais discrepâncias de valores ou dados.

Dessa maneira, foi possível identificar o quantitativo de unidades móveis e CRU implantados e em atividade, já que essa ferramenta apontava a situação ativada ou desativada. De posse dessas informações, foi possível verificar a distribuição desses equipamentos de saúde em todo território nacional, no primeiro e último ano desse estudo. No momento em que foi possível identificar o quantitativo de unidades móveis e CRU existentes por municípios, estados e regiões geográficas, e, assim, realizar o espelhamento com as informações do financiamento.

5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados referentes ao financiamento do SAMU e CRU foram organizados e tabulados através das Tabela 1, 2 e 3 da metodologia de CNS, com a utilização do *Excel*. Neste programa, a partir da formação das matrizes contábeis, foi possível analisar a evolução do financiamento dos diversos SAMU e CRU ao longo do período de estudo, o financiamento de cada unidade móvel repassado pelo governo federal para cada município, assim como, compreender a composição da arrecadação tributária do âmbito federal e mensurar o gasto federal – representados pelas respectivas receitas transferidas aos municípios –, bem como os gastos por estados e regiões geográficas, constituídos pelos recursos transferidos pelo FNS aos FES, FDS e FMS. Na perspectiva orçamentária, as receitas passam pelos estágios de previsão, lançamento, arrecadação e recolhimento. No momento em que a transação já foi efetuada, a receita é tida como “realizada”. A vantagem de se utilizar esse tipo de receita é que é informado o seu destino (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a). Os dados oriundos do FNS foram usados para a mensuração das transferências federais para os estados, distrito federal e municípios brasileiros que possuíam SAMU ou CRU. Extraíu-se as informações financeiras do sítio eletrônico do FNS a partir de consultas de pagamento consolidado, respectivo mês e ano, para cada município do país analisado.

O SAMU e CRU são serviços do bloco da Média e Alta Complexidade (MAC) Ambulatorial e hospitalar do SUS, na plataforma do FNS os recursos financeiros são destinados a este bloco e distribuídos para todos os serviços que o compõem, aparecem listados os componentes que receberam o recurso e o valor correspondente a cada mês, conforme definido

em arcabouço legal, seja pelo histórico de produção ou por valor estabelecido para o Serviço, nesse estudo segue a última opção.

A análise desses dados relativos aos gastos federais com o SAMU e CRU em suas várias dimensões e relações foi executada através de operações de natureza contábil, a partir do cálculo das receitas do ente federal de cada matriz. Para fins de comparabilidade entre os anos, os valores nominais absolutos, da série histórica (2017 a 2021), foram deflacionados pelo IPCA/IBGE, foram também calculados os valores *per capita* ano a ano do estudo, variação *per capita* anual, como também deflacionado os valores do ano inicial com o final e variação *per capita*. A análise dos dados pertinentes à distribuição e municípios com SAMU e CRU implantados foi realizada através dos dados tabulados e organizados por estados e regiões geográficas, em seguida esses dados foram cruzados com o financiamento para os anos de 2017 e 2021, respectivamente anos de início e término dessa pesquisa.

Ao observar os dados, essa metodologia permite automaticamente perceber cada recurso destinado a cada componente móvel do SAMU, informação fundamental para acompanhar a dinâmica do fluxo do recurso financeiro nesse Serviço em cada município, podendo identificar pelo valor de entrada por equipamento, se este é habilitado ou qualificado e quantos equipamentos disponíveis no Serviço para atendimento naquele território e região de saúde, é ofertado a população. Possibilita visualizar com mais rapidez as mudanças nos serviços e a utilização desses recursos, pois permite o diálogo entre o financiamento, serviços e ações/atividades ofertadas. Percepção, que hoje não se consegue visualizar nos sistemas SIOPS, FNS e SISMAC.

Toda essa gama de dados possibilitou a análise e interpretação com base na composição de rankings, médias, percentagens e variação *per capita*, assim como a elaboração de medidas da relação entre o financiamento e a distribuição desses Serviços no Brasil. No Quadro 8, encontram-se elencados os principais indicadores de financiamento produzidos a partir desse estudo. Uma vez montadas as tabelas, foi possível calcular os indicadores de financiamento por Serviço e equipamento em cada estado e região geográfica.

QUADRO 8 - Indicadores de financiamento do SAMU 192.

Indicadores de Financiamento
Gasto Público Federal em Saúde-SAMU192 (GPFS-SAMU192)
Gasto Público Federal em Saúde-SAMU192 <i>per capita</i> (GPFS-SAMU192 <i>per capita</i>)
Gasto Público Federal em Saúde-SAMU192 como proporção do PIB (GPS-SAMU192 como proporção do PIB)
Gasto Público Federal com Saúde-SAMU192 por proporção da MAC (GPS-SAMU192 por proporção da MAC)
% Gasto Público Federal com Saúde-SAMU192 por Agente de Financiamento

Fonte: Adaptado de Teles (2019, p. 92).

6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos no campo da saúde têm na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Essa resolução reúne sob a ótica do indivíduo e das coletividades uma série de referenciais da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade) com o propósito de assegurar os direitos e deveres que proferem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, que os dados coletados em sistemas de informação disponíveis na internet que foram utilizados são de domínio público e qualquer cidadão brasileiro pode ter acesso a eles e questionar sobre seu significado. Por se tratar de dados secundários não existe a obrigatoriedade de encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 os dados, após a coleta, ficaram arquivados no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), localizado no prédio de pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS, sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora do projeto, a prof.^a Thereza Christina Bahia Coelho.

Ao investigar o fluxo das contas de saúde, especificamente dos SAMU e CRU, os gestores responsáveis pela condução do financiamento desses Serviços, de algum modo, poderão estar expostos a riscos na dimensão política, psíquica, social ou econômica. Em respeito ao princípio de não maleficência, foi garantido o sigilo, anonimato e privacidade dos gestores da saúde e gerentes do SAMU e CRU e não foi estabelecida, em nenhum momento, articulação com os gestores e/ou responsáveis pelos municípios e Serviços no período abrangido pela pesquisa.

Referente aos benefícios, a aplicação de uma metodologia a qual permita captar as singularidades da realidade do financiamento da saúde, especificamente do APH Móvel, viabiliza um maior entendimento do sistema e novos ângulos de análise para os planejadores das políticas públicas em saúde, em especial da área da urgência que é muito complexa. Dessa forma, irá servir como um novo instrumento de conhecimento, planejamento, direcionamento, organização e controle para a gestão dos recursos financeiros no setor da urgência/ emergência, a ser utilizado pelo MS, secretaria de saúde dos estados, Distrito Federal e pelos municípios. Este estudo representa um importante passo no desenvolvimento da tecnologia de contas na área da saúde no Brasil.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

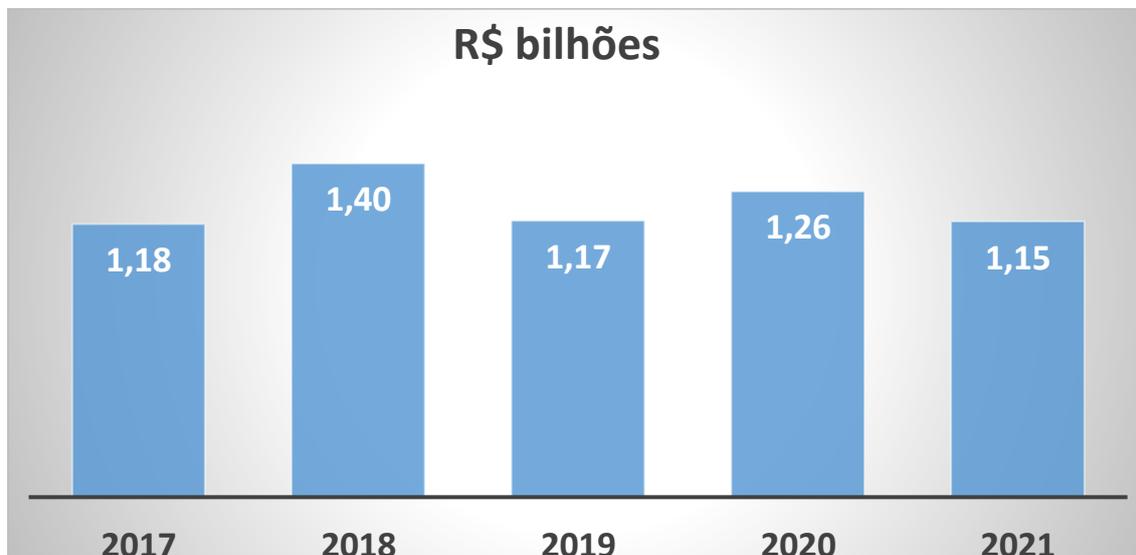
O Brasil, um país continental com suas especificidades e dialeto de cenários culturais, econômicos, sociais, políticos e perfis epidemiológicos próprios, prontamente impõe grandes desafios ao atendimento às urgências móveis. Os princípios do SUS, de descentralização e regionalização, sem dúvida, foram basilares para os avanços na interiorização do SAMU e suas CRU nas cinco regiões geográficas, o que contribuiu para minimizar as iniquidades aos atendimentos às urgências nesses territórios. A descentralização capilarizou esses serviços, alinhando as ações nas áreas de interação, com isso, estimulou estados e municípios a participarem mais do financiamento e gastos com as urgências, enquanto a regionalização procurou reestruturar e direcionar recursos (financeiros e estruturais) para uma região de saúde, de modo a facilitar o acesso das populações ao conjunto de ações especializadas e atenuar os vazios assistenciais.

No período estudado (2017 a 2021), as transferências federais para os estados e municípios com SAMU/CRU, segundo os dados coletados no FNS e ora aqui apresentados nesse estudo, alcançaram R\$ 6,16 bilhões. Esses valores alcançados foram corrigidos com base no mês de dezembro do ano de 2021, portanto representam valores reais, e tiveram como parâmetro o indicador financeiro do IBGE, o IPCA. É importante ressaltar que tais transferências corresponderam às declarações da União referentes aos repasses fundo a fundo, destinados, especificamente, às urgências móveis, não incluindo os repasses estaduais, do Distrito Federal e municipais para os agentes de financiamento que mantiveram o custeio desses serviços.

7.1 GASTOS FEDERAIS COM SAMU/CRU POR REGIÕES, ANO A ANO

O Gráfico 1 mostra a evolução das transferências federais referentes aos repasses de custeio anualmente destinados ao SAMU no período estudado (2017 a 2021), os valores aqui apresentados correspondem aos montantes monetários reais.

GRÁFICO 1 - Evolução do repasse nacional para custeio do SAMU, no Brasil, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constante de dezembro de 2021, valores corrigidos pelo IPCA.

Observando o Gráfico 1, o qual mostra a série histórica das transferências federais para o SAMU em todo território nacional, o ano com o maior volume de recursos financeiros destinados aos municípios e estados brasileiros que possuíam SAMU foi 2018, quando alcançou um valor na ordem de R\$ 1,40 bilhões. Enquanto que, o ano com menor valor monetário transferido, foi 2021, de R\$ 1,15 bilhões, seguidos dos anos de 2019 e 2017, os quais receberam os valores na ordem de R\$ 1,17 bilhões e R\$ 1,18 bilhões, respectivamente. Ressalta-se que, na pandemia COVID 19 os recursos financeiros federais referentes ao ano de 2020, R\$ 1,26 bilhões, os quais não conseguiram superar o montante transferido no ano de 2018. Coelho et al. (2023) informam que, em 2021, dos R\$ 57 bilhões dos recursos para enfrentamento à Covid-19, que receberam dotação específica, 24,4% não foram gastos e retornaram ao Tesouro Nacional.

Em análise da regularidade das transferências realizadas pelo MS, através dos dados do FNS, ficou evidente que em dezembro do ano de 2018, no que diz respeito aos cálculos das parcelas de recursos federais transferidos aos serviços já habilitados, os municípios brasileiros receberam um valor financeiro equivalente a duas parcelas mensais. Seguindo essa análise, na série histórica mostrou que em janeiro do ano de 2019, as transferências federais aos municípios e estados que possuíam SAMU, não foram realizadas, pois não aparecia nenhum recurso federal destinado ao custeio das ações desses serviços. Percebe-se que, esse aumento do valor monetário agregado ao ano de 2018, correspondeu à primeira parcela de custeio referente ao exercício do ano de 2019.

Um ponto importante a ser sinalizado, refere-se ao ano de 2018, quando aconteceram as eleições para o cargo de Presidência da República. Chamou a atenção que o ano de 2014, também aconteceu o mesmo pleito eleitoral, porém os dados do FNS, não apontaram essa prática. Observou-se que, em janeiro de 2015, não aconteceu repasse federal para os municípios com SAMU e/ou CRU, porém para o mês de fevereiro do mesmo ano consta nas informações do FNS, os cálculos referentes às duas parcelas de recursos federais transferidos aos serviços já habilitados, dessa maneira não há diferenças que aconteceram entre os anos de 2018 e 2019, as transferências executadas ficaram no mesmo exercício (PAINEL SAÚDE, 2015).

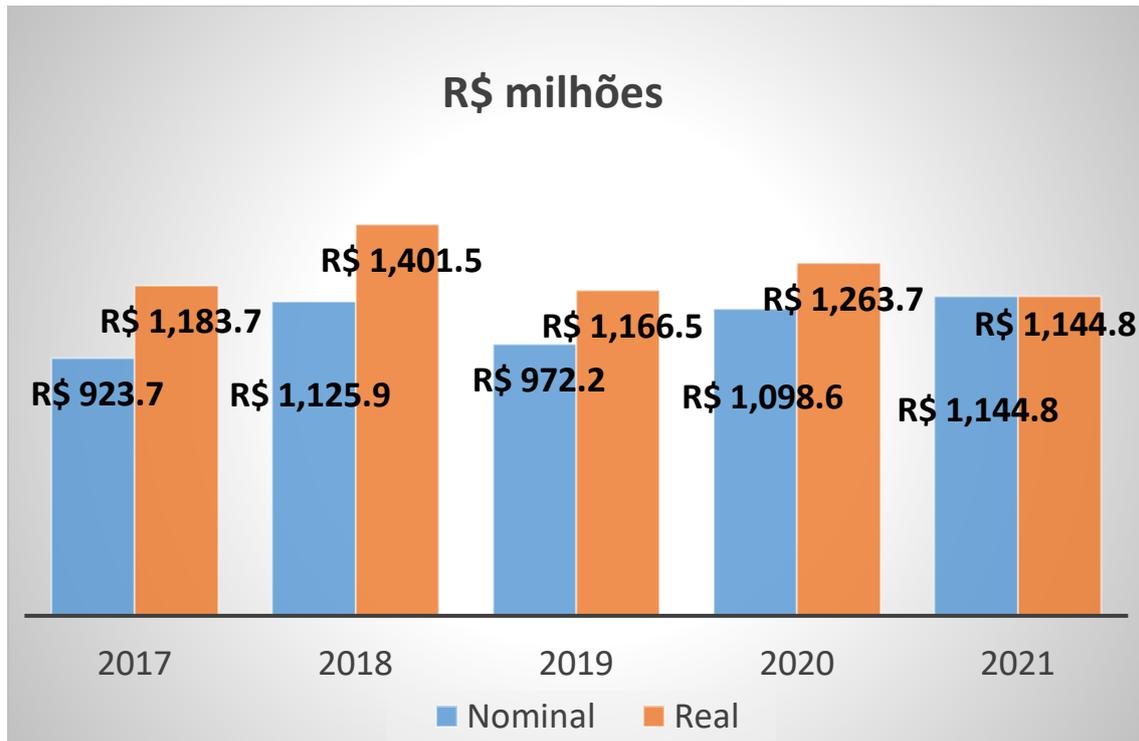
Vale salientar que o indicador IPCA mede a variação do custo de vida a partir da inflação de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo referentes ao consumo pessoal das famílias (IBGE, 2023). Porém, para além dos produtos que compõem o IPCA, existem serviços e outros produtos utilizados no SAMU que não são abarcados por esse indicador, a exemplo de combustível, conserto de veículos, medicamentos, insumos, equipamentos, materiais de consumos, salários praticados para os profissionais, entre outros os quais são mantidos com o financiamento desse serviço. Portanto, há de se compreender que os valores corrigidos ainda não contemplam, totalmente, as necessidades monetárias para custeio do SAMU, pois existem produtos ali utilizados aos quais não foram aplicadas as correções ao longo do tempo.

No período de 2017 a 2021, mesmo diante da maior tragédia sanitária do século XXI, a pandemia COVID 19, percebeu-se que não aconteceram oscilações significativas nas transferências federais para o SAMU/CRU, pois mantiveram um padrão similar de financiamento nos valores nominais repassados a esses serviços. Ressalta-se que nos anos de 2020 e 2021, em análise dos recursos financeiros nos dados do FNS, as verbas destinadas a COVID 19 não apareciam especificadas para o custeio do SAMU/CRU. Esses recursos financeiros federais apareceram no bloco da MAC para a RAU e, em alguns momentos aparecia o nome especificado do componente, na sua grande maioria para a rede hospitalar. Dessa maneira, as verbas transferidas aos fundos de saúde estaduais e/ou municipais, no período da pandemia, poderiam ou não serem direcionadas para as ações especializadas das urgências móveis, ficando a decisão a cargo da gestão local.

A linha temporal mostrada no Gráfico 2 evidenciou que durante o período desse estudo não aconteceu incremento ou recomposição financeira nas políticas públicas de saúde referente às urgências móveis, capaz de acompanhar as inflações desse período. Essa informação fica evidenciada quando o ano de 2021, que é o último ano da série histórica se apresenta com os menores valores de transferências federais aos estados e municípios, quando comparados aos

demais anos de estudo corrigidos pelo IPCA. Quando se observa no gráfico supracitado, os valores federais transferidos para os entes subnacionais nos anos de 2017 e 2021, identifica-se que os valores monetários não acompanharam a dinâmica de correção dos preços, do IPCA.

Gráfico 2: Evolução do Financiamento do SAMU/CRU no Brasil, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

Observando o gráfico 2, o ano que as transferências federais apresentaram maiores valores nominais foi no ano de 2021, em alcançaram o valor na ordem de R\$ 1.144,8 milhões, último ano desse estudo. Enquanto, no ano de 2017, foram transferidas as menores quantias, o que representou um valor nominal na ordem de R\$ 923,70 milhões. Esses valores alcançaram uma diferença monetária na quantia de R\$ 221,10 milhões. Na sequência, o segundo ano em que ocorreram as maiores transferências federais nominais, foi ao ano de 2018, valor de R\$ 1.125,9 milhões. Seguido dos anos de 2020, no valor de R\$ 1.098,6 milhões, e do ano de 2019, com valor na ordem de 972,20 milhões.

Percebe-se que, mesmo o ano de 2021 apresentando o maior valor monetário nominal nas transferências federais para os estados e municípios, esses não acompanharam os números inflacionários praticados nesse ano, mantendo o ano de 2021 o menor valor real, que alcançou a ordem de R\$ 1.144,80 milhões. Ressalta-se que, durante o período estudado, não aconteceu

marco legal, federal, atualizando ou recompondo os valores de financiamento do SAMU/CRU. Esse contexto pode ter influenciado negativamente a operacionalização das ações ofertadas à população, e conseqüentemente, levando a desdobramentos que dificultaram a execução dessas ações e cuidados prestados às coletividades, nas situações de urgência e emergência móveis pelos gestores desses serviços.

Ainda ao analisar as diferenças anuais entre os valores apresentados, nominal e real, no Gráfico 2, identifica-se que o ano de 2018 apresentou a maior diferença entre as transferências federais constantes nos dados do FNS, e o valor monetário real que representa a movimentação dos preços ao longo do tempo. Essa diferença alcança a quantia na ordem de R\$ 275,60 milhões, enquanto o ano de 2020 apresentou uma diferença entre esses valores na ordem de R\$ 165,80 milhões. Em seguida, o ano que apresentou a maior diferença entre o valor nominal e o corrigido foi o ano de 2017, quando as transferências federais ficaram na ordem de R\$ 923,70 milhões, que corrigidos a preços constantes de dezembro do ano de 2021, o valor representa uma quantia na ordem de R\$ 1.183,70 milhões, isso representa uma diferença monetária anual no valor de R\$ 260,00 milhões. Na sequência, o ano de 2019 apresentou a menor diferença monetária entre os valores nominais e reais, ficando essa diferença na quantia de R\$ 194,30 milhões. Observa-se, que no último ano de estudo os valores nominais e reais se convergem.

Para compreender melhor o financiamento nacional do SAMU/CRU, foi necessário identificar os recursos financeiros federais transferidos aos municípios, Distrito Federal e estados, e em seguida eles foram tabelados e organizados por regiões geográficas.

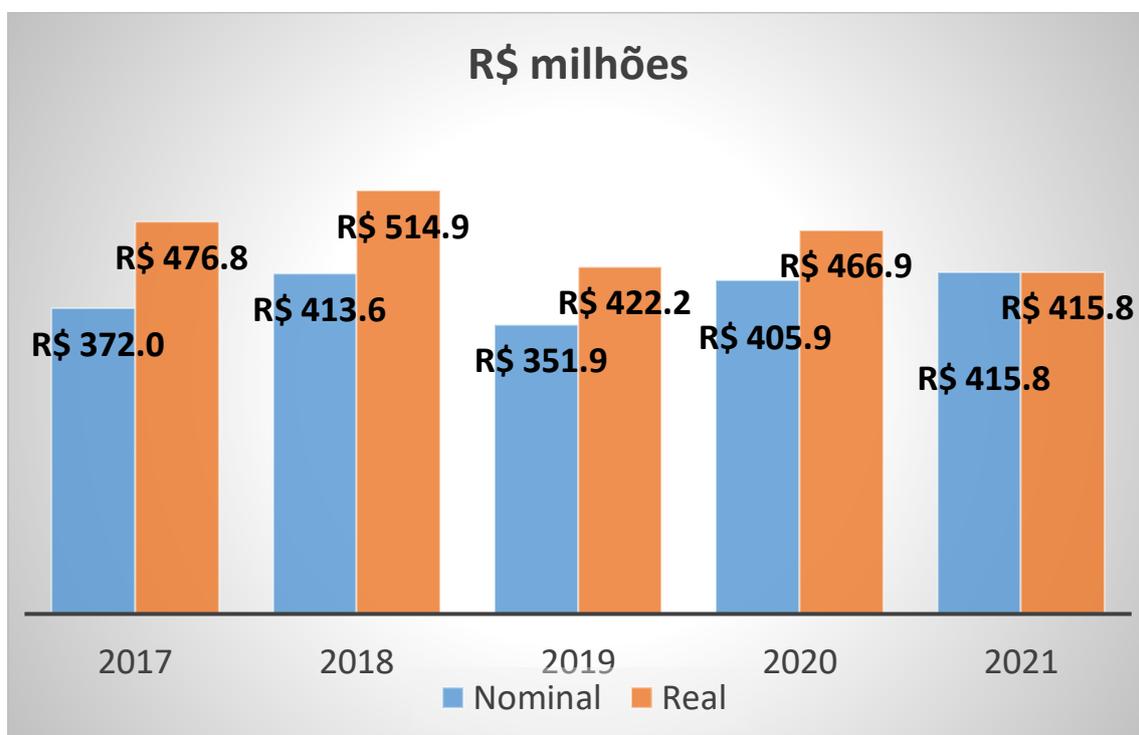
7.2 EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL REGIONAL COM SAMU/CRU

Cabe agora entender como essas transferências federais se comportaram ao longo do tempo nas regiões brasileiras. Ressalta-se que os valores de repasses federais para os estados e municípios que possuem SAMU/CRU dependem de parâmetros e critérios definidos na PNAU, e contexto local, como: número de ambulâncias existentes, modalidades dessas unidades móveis, número de CRU, número de municípios, população a ser atendida, perfil epidemiológico, malha viária, entre outros.

Os gráficos 1 a 8 (coloca as numerações) apontam a evolução financeira, em valores nominais e reais, do SAMU/CRU, no período de 2017 a 2021, em cada região geográfica brasileira, separadamente. Nesse contexto, consegue-se identificar as flutuações de financiamento em cada região.

O financiamento do SAMU/CRU, nas cinco regiões brasileiras, revela um quadro de desequilíbrio e diferenças que precisam ser entendidas. Entre os anos de 2017 a 2021, a região brasileira que recebeu os maiores valores nominais em todos os anos do estudo, foi a região sudeste. Referente ao ano de 2017, os valores alcançaram a ordem de R\$ 372,00 milhões, e quando se observavam esses valores monetários em 2021, foram na ordem de R\$ 415,80 milhões.

GRÁFICO 3 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Sudeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

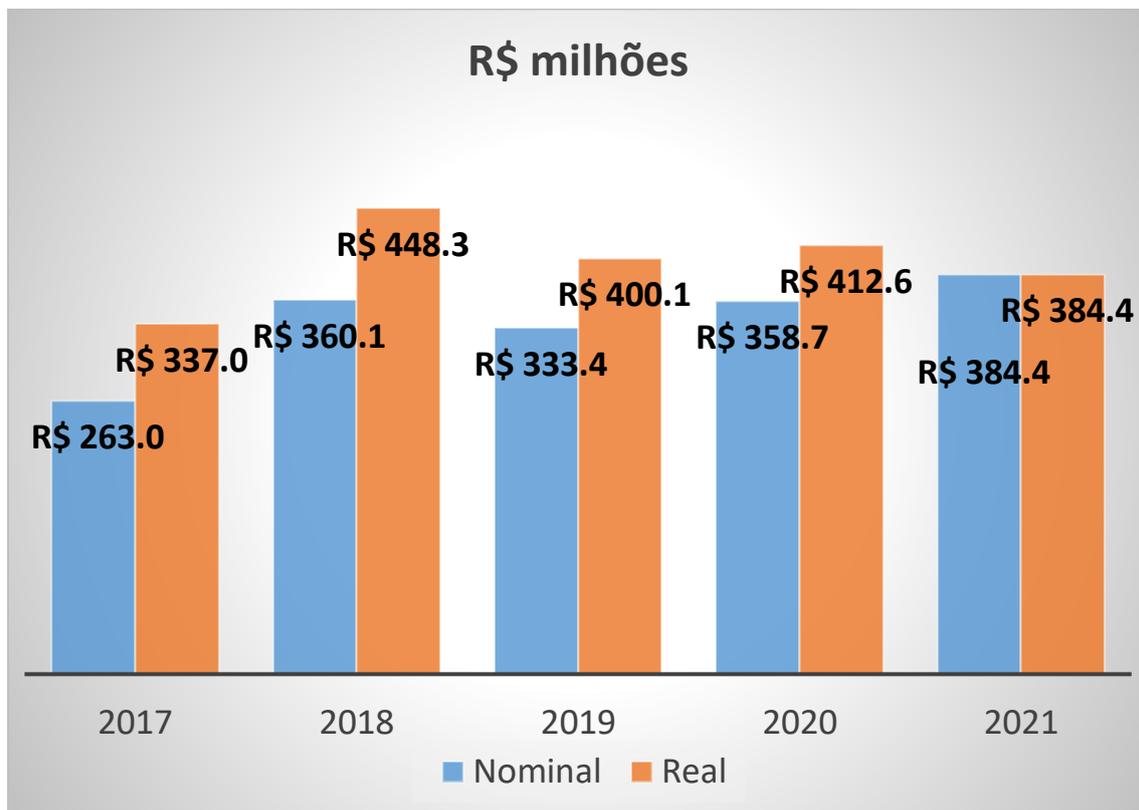
Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

A região Sudeste, Gráfico 3, que apresenta o maior contingente populacional do país, se destaca em todos os anos desse estudo, sendo contemplada com as maiores transferências federais, permanecendo em primeiro lugar no *ranking*. Entre os anos de 2017 a 2021, os repasses financeiros do FNS para os FES e FMS dessa região alcançaram valores monetários na ordem de R\$ 1.959,2 milhões. Esse valor nominal, quando corrigido a preços correntes de dezembro de 2021, alcança R\$ 2.296,6 milhões e representa uma diferença no valor de R\$ 337,4 milhões, pode-se inferir que os valores transferidos pela a União, não acompanharam a movimentação dos preços previstos no indicador financeiro, o IPCA. Em valores corrigidos, o ano que aconteceu o maior destaque, foi em 2018, no valor de R\$ 514,9 milhões, seguindo

alinhado com o Brasil. Enquanto que, ao ano de 2019, foram repassados os menores valores monetários à região Sudeste, que correspondeu à quantia de R\$ 351,9 milhões.

A segunda região geográfica que recebeu maiores valores monetários transferidos pela a União foi o Nordeste, como evidencia o gráfico 4. Essa região recebeu no ano de 2017, valores na ordem de R\$ 372,00 milhões, enquanto, n o ano de 2021, o valor monetário recebido foi de R\$ 384,40 milhões. Entretanto, ao se corrigir a inflação do período, o valor de 2017 sobre para R\$ 337 milhões, ficando próximo ao de 2021. Sendo que, em 2018, 2019 e 2020, os valores corrigidos ficaram acima de 2021, ou seja, ouve decréscimo real no gasto federal com o SAMU/CRU.

GRÁFICO 4 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Nordeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

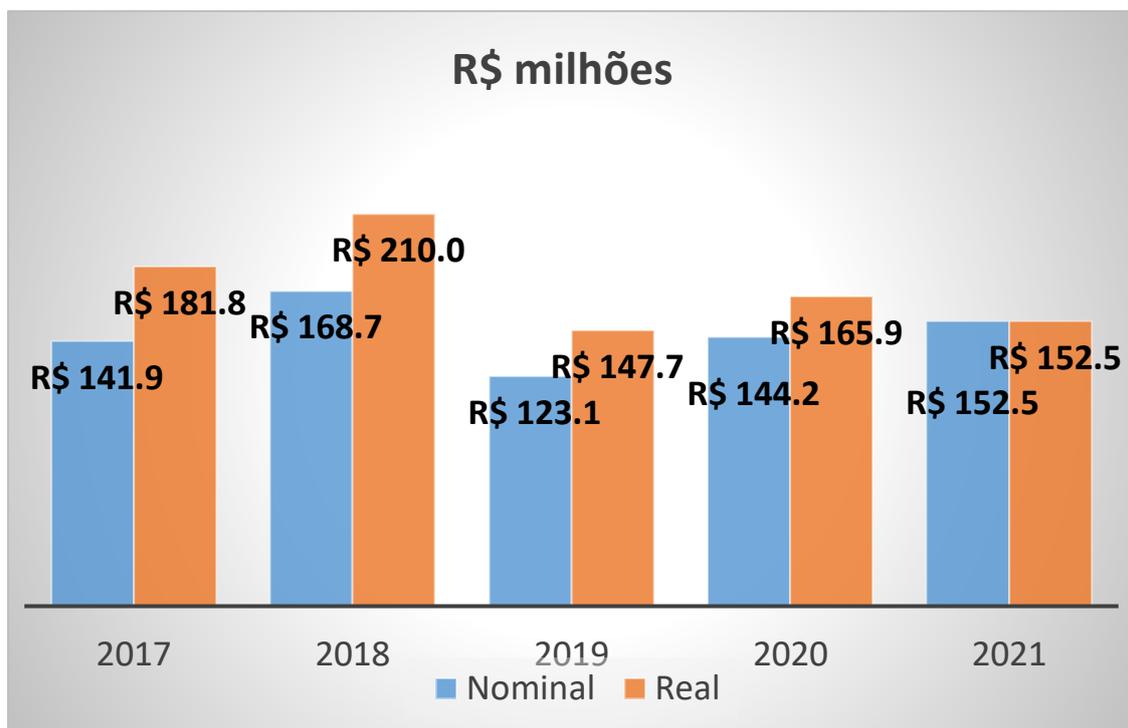
O Gráfico 4 mostra a evolução do financiamento do SAMU/CRU na região Nordeste e aponta que entre os anos de 2017 e 2021 as transferências federais foram no valor nominal na ordem de R\$ 1.699,6 milhões. Esse valor, quando corrigido, alcançou um montante monetário na ordem de R\$ 1.982,40 milhões, ao contrapor esses valores essa região apresenta uma

diferença financeira na ordem de R\$ 282,8 milhões, a qual percebe que, anualmente, as transferências federais não acompanharam essa movimentação dos preços.

Ressalta-se que a gestão do SAMU/CRU é competência do gestor local ou regional, onde o serviço está implantado, portanto independente do desequilíbrio entre as receitas e despesas, as ações de atendimento e cuidado às populações em situações de urgência/emergências foram executadas. Pois, ao analisar os cadastros do CNES, as CRU e UM, nessa região, continuam ativas e as transferências, através do FNS permanecem regulares.

Já a região Sul, como aponta o Gráfico 5, se manteve em terceiro lugar durante todos os anos do estudo, apresentando os valores nominais e reais, no ano de 2017, na ordem de R\$ 141,9 milhões e de R\$ 181,8 milhões, respectivamente. No ano de 2021, os valores transferidos, foram na ordem de R\$ 152,50 milhões.

GRÁFICO 5 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Sul, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

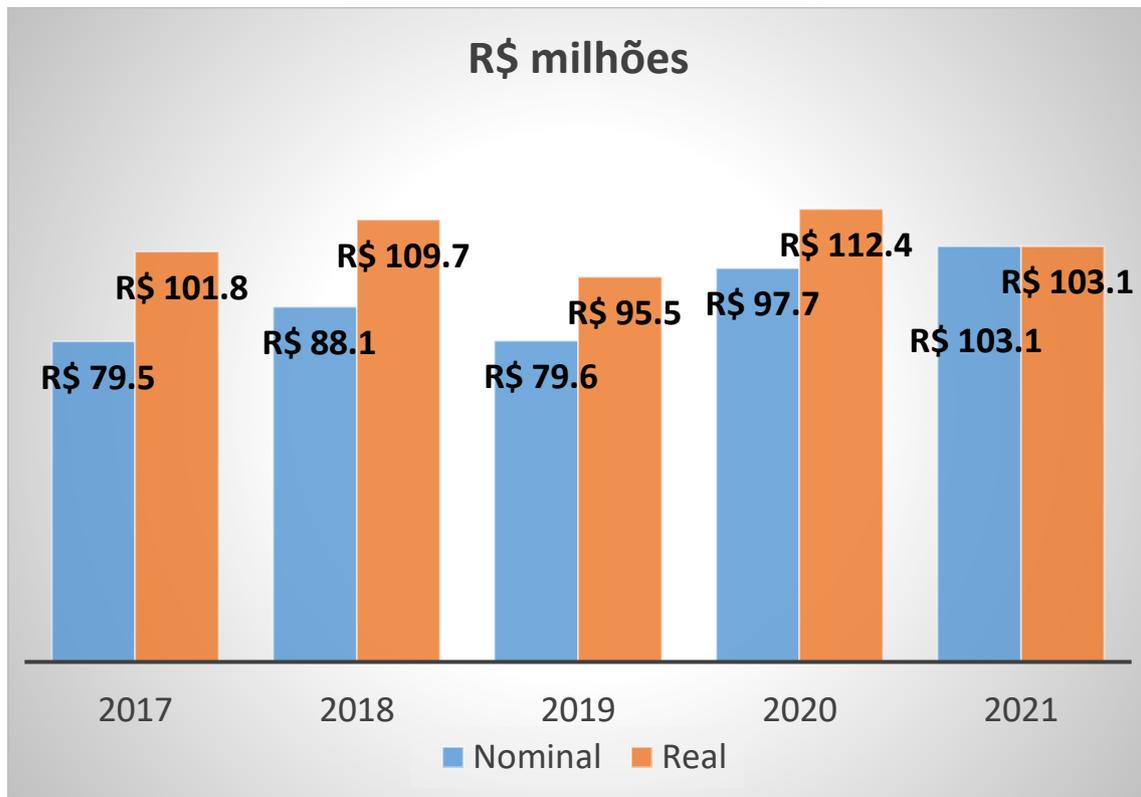
Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

A série histórica apresentada no Gráfico 5 aponta um discreto incremento nas transferências federais ente os anos de 2017 e 2021, correspondente a um valor monetário na ordem de R\$ 10,6 milhões. Se considerar que durante o período de estudo a PNAU não alterou os valores das CRUs e das UM, significa que não aconteceu nenhum aumento aos valores dos

serviços do SAMU/CRU referentes aos repasses federais destinados aos estados e municípios dessa região. Esses valores aí acrescidos correspondem, possivelmente, ao aumento do número de ambulâncias e CRU na região. No período estudado, as transferências nominais alcançaram um valor na ordem de R\$ 730,40 milhões, enquanto que, o valor real no período correspondeu à ordem de R\$ 857,90 milhões. Ao contrapor esses valores, apresenta uma diferença equivalente a R\$ 127,50 milhões, a movimentação dos preços após a correção com o indicador financeiro.

Em contrapartida, as regiões centro-oeste e norte ocuparam os últimos lugares dos valores financeiros transferidos pelo ente federal no período estudado. Essas regiões receberam os menores valores monetários nominais e reais, como estão apresentados nos gráficos 6 e 7 de modo respectivo. A região centro-oeste, nos anos de 2018 (valores na ordem de R\$ 88,10 milhões e R\$ 109,70 milhões, respectivamente), e de 2019, nesse ano as transferências federais realizadas, foram nos valores de R\$ 79,60 milhões e de R\$ 95,5 milhões, respectivamente. Já a região Norte, ocupou essa posição nos anos de 2017 (R\$ 67,3 milhões /R\$ 86,3 milhões), 2020 (R\$ 92,1 milhões em valores /R\$ 106 milhões) respectivamente, e em 2021 (R\$ 88,9 milhões, para os valores nominais e reais).

GRÁFICO 6 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Centro-Oeste, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.

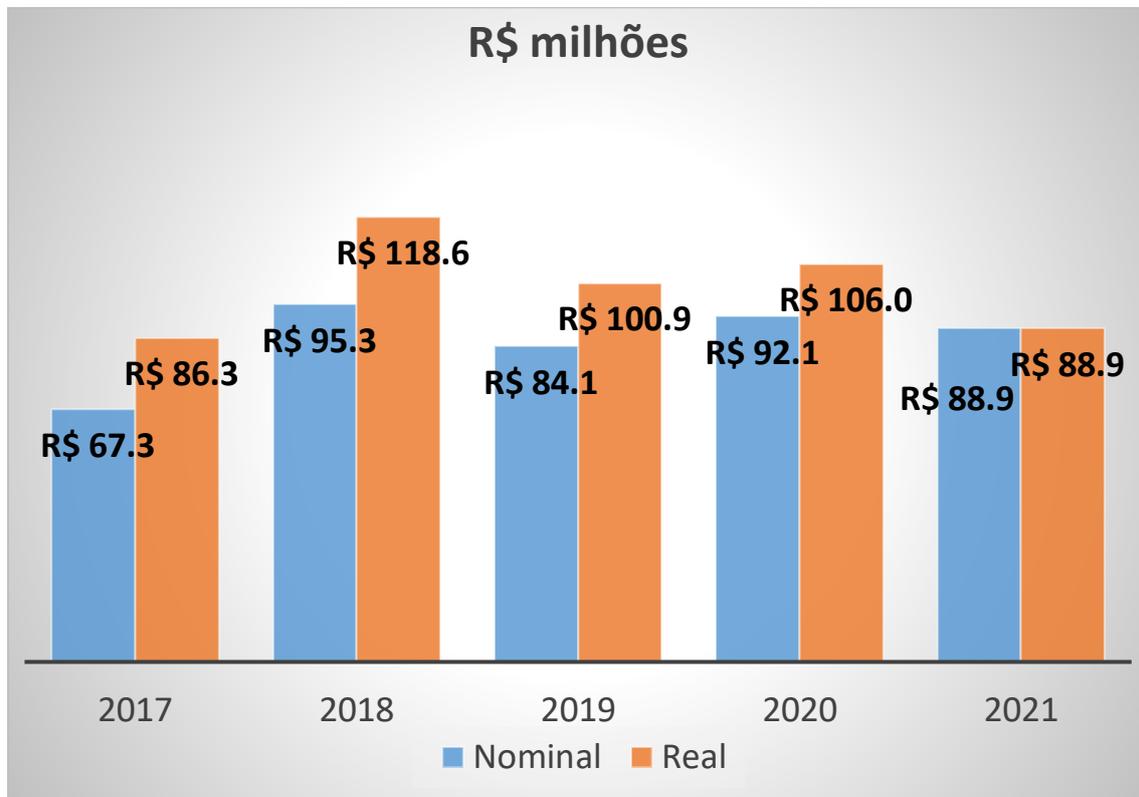


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

Ao analisar as informações apresentadas no Gráfico 6, percebe-se que, no período de estudo, as transferências federais realizadas para a região Centro-Oeste corresponderam a quantia no valor nominal de R\$ 448,00 milhões e um valor corrigido na ordem de R\$ 522,50 milhões. Ao contrapor esses valores apresenta uma diferença na ordem de R\$ 74,5 milhões, ou seja, os valores transferidos não acompanharam a inflação do período. Chama a atenção, nessa região, que diferentemente do Brasil e das outras regiões supracitadas, os valores, nominal e real, do último ano do estudo (2021) são maiores que do primeiro ano de estudo (2017). Outro ponto relevante refere-se ao ano de 2020, esse é segundo ano que apresenta os maiores valores recebidos da União, enquanto que nas outras regiões acima apresentadas esse maior valor é apresentado no ano de 2018. Esses dois anos (2020/2021), correspondem aos anos da pandemia COVID 19, e ao levantar os dados dessa região no CNES, identificou-se que no ano de 2017 existiam 117 municípios com SAMU implantados e habilitados, já 2021, esse número alcança a quantidade de 154 municípios com SAMU implantados e habilitados.

GRÁFICO 7 - Evolução do Financiamento do SAMU/CRU na Região Norte, em valores nominais e reais, no período de 2017 a 2021.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

Observando a evolução das transferências federais para a região Norte, entre os anos de 2017 a 2021, identifica-se que o valor federal repassado aos fundos estaduais e municipais alcançaram as quantias na ordem de R\$ 427,70 milhões, e a preços constante de dezembro de 2021, valores corrigidos pelo IPCA, correspondeu a uma quantia na ordem de R\$ 500,70 milhões. Ao comparar esses valores, representa uma diferença financeira no período na quantia de R\$ 73,00 milhões. Chama a atenção que, semelhante à região Centro-oeste, o ano de 2021, apresentou os valores nominal e real maiores que em 2017. Seguindo o padrão do Brasil, o ano que apresentou maiores valores de transferências federais, foi o ano de 2018.

Compreender a dinâmica do atendimento pré-hospitalar móvel e entender como as políticas públicas de saúde planejam o financiamento desse serviço, é algo complexo. Entender esse fluxo, como esses recursos financeiros chegam aos municípios e regiões de saúde é fundamental, pois esse olhar contribuirá para a reconstrução dessas políticas. É preciso perceber que não existe um caminho ideal, e sim um cenário rico e peculiar o qual necessita ser trabalhado e explorado em cada detalhe, e que para essa percepção e compreensão são necessárias muitas as idas e vindas. Nesse contexto, as diretrizes de regionalização e

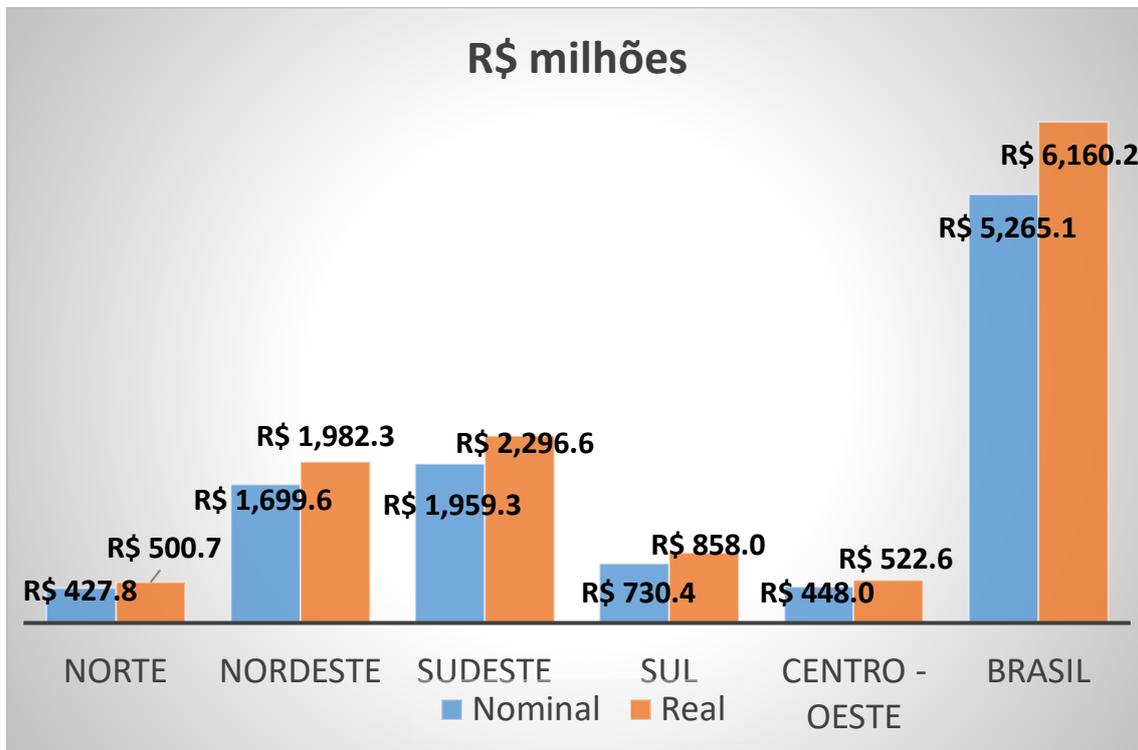
descentralização têm delineado caminhos que visibilizam as necessidades dos territórios loco regionais. Isso coloca os municípios desses territórios como protagonistas da gestão e financiamento dos SAMU/CRU nessas regiões de saúde.

Portanto entender os caminhos que esses recursos seguem até chegar ao seu destino final (município/agente de financiamento/prestador de serviço/atividade) é uma trajetória ancorada em muitos detalhes. A figura abaixo mostra uma comparação entre o financiamento das cinco regiões brasileiras e do Brasil, apontando os valores transferidos pela a União, como também os valores corrigidos. No período estudado, as transferências federais nominais alcançaram um valor na ordem de R\$ 5,26 bilhões, enquanto que os valores corrigidos a dezembro de 2021, pelo o IPCA, chegaram a uma quantia na ordem de R\$ 6,16 bilhões. Ao contrapor os valores após correção, a diferença é um valor na ordem de R\$ 0.9 bilhões, ao longo do tempo do estudo.

Quando se compara as regiões brasileiras, evidenciou-se que as regiões Sudeste e Nordeste receberam mais de quatro vezes os valores destinados às regiões Norte e Centro-Oeste. Outro ponto de destaque, como foi dito anteriormente, a região Sudeste é contemplada com o maior recurso financeiro, na ordem de R\$ 1.959,30 milhões, enquanto que a região Norte recebeu os menores valores no período estudado, a quantia na ordem de R\$ 427,8 milhões. A região Nordeste, em segundo lugar, recebeu da União a quantia na ordem de R\$ 1.699,6 milhões, em contrapartida, a região Centro-Oeste, a segunda região que recebeu as menores transferências federais, no período estudado, o valor ficou na ordem de R\$ 448,00 milhões. Enquanto que, a região Sul, no mesmo período foi contemplada com uma quantia no valor de R\$ 730,40 milhões.

O gráfico 8, aponta essa comparação entre as regiões brasileiras e o Brasil, como também mostra os valores transferidos e valores corrigidos, ao longo do tempo a partir do movimento dos preços, oportunizando comparar esses valores.

GRÁFICO 8 - Financiamento das cinco regiões brasileiras e Brasil no período de 2017 a 2021, em valores nominais e corrigidos



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constantes de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

Diante dos dados apresentados no Gráfico 8, fica evidente que as transferências dos recursos financeiros destinados aos municípios e estados, para serem utilizados nas ações e serviços prestados pelo SAMU/CRU ficaram concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste. Percebe-se que essas transferências não acompanharam as perdas inflacionárias que aconteceram durante o período de estudo. Sabe-se que durante a trajetória desse estudo não ocorreu nenhuma alteração na PNAU que versasse sobre o financiamento do SAMU/CRU. Quando teve início essa pesquisa a última recomposição financeira para a CRU e UM do SAMU já tinha mais de três anos de publicação.

A última recomposição no financiamento para o SAMU 192/CRU, antes desse estudo aqui apresentado, aconteceu no ano de 2013, quando o MS instituiu a Portaria do GM nº 1473/2013. A próxima mudança nos valores financeiros desses serviços aconteceu no ano de 2023, com a Portaria do GM nº 958/2023, aportando um acréscimo no valor de 30% no custeio das unidades móveis e novos valores para a CRU, seguindo o parâmetro por faixa de cobertura populacional (ANEXO II). Posto isto, sabe-se que o financiamento do SAMU/CRU é definido por valor das unidades móveis, não tendo qualquer relação com produção realizada ou número

de habitantes da área de abrangência coberta por essas ambulâncias (BRASIL, 2013; BRASIL, 2023).

Destaca-se que, no processo de análise dos dados, quando se comparava a linha temporal do financiamento, ocorreram tímidas oscilações e discreto crescimento nas transferências federais. Percebe-se que esse aumento quantitativo de recurso financeiro não está relacionado à recomposição ou aumento de financiamento para recompor as perdas referentes a inflação do período, ou para aumentar de fato os valores dessas UM. Identifica-se, claramente, conforme os dados do FNS e do CNES, que esses aportes monetários ampliados, de um ano para outro, destinados aos estados e municípios brasileiros, possuía uma relação direta com a implantação de novos serviços nos municípios e estados ou a ampliação do número de unidades móveis nos serviços já existentes, ou aumento da população a ser coberta pela CRU no período, naquele território.

7.3 ESTADOS BRASILEIROS COM SAMU IMPLANTADO E COBERTURA MUNICIPAL

No Brasil, como aponta a Tabela 5, o número de municípios com SAMU implantados, habilitados ou qualificados, e sua população, apresentam uma distribuição bastante heterogênea. Quando se observa a distribuição dos municípios com SAMU, no ano de 2017, tem-se que 2.055 (36,89%) municípios do total de 5.570 tinham alguma unidade móvel do SAMU. Já, em 2021, essa proporção correspondia a 48,71% (2.713) dos municípios brasileiros. Referente à população com SAMU implantado, no ano de 2017, tem-se que 146.926.063 (70,75%), habitantes é assistido por esse serviço no seu território. Já, em 2021, essa proporção corresponde a 80,21% (172.212.205) da população brasileira que no município onde reside tem pelo menos uma UM do SAMU. Referente ao financiamento *per capita*, no ano de 2017, esse valor correspondia à quantia na ordem de R\$ 8,06, enquanto que em 2021, esse valor decresce para a quantia na ordem de R\$ 6,69, o qual corresponde a uma variação *per capita* negativa na concentração de 16,96 %.

A Coordenação Geral de Urgência (CGURG) do Ministério da Saúde apresentou dados referentes ao primeiro trimestre do ano de 2023, onde apontavam que, nesse período, 3.917 municípios no Brasil eram cobertos pelo SAMU, e com uma cobertura populacional de 185.291.978 (86,86%) habitantes (BRASIL, 2023). Ressalta-se que o MS define como município e população coberta por SAMU todo e qualquer município onde esse serviço presta

atendimento de urgência, não necessariamente existe uma UM do SAMU naquele município. Com as pactuações intermunicipais, as ambulâncias podem ser cadastradas em um município que compõe uma região de saúde, e elas podem ou não atender a população de um, dois ou mais municípios. Essa definição de quantos ou quais municípios serão atendidos é pactuada na CIR da região de saúde e ratificada na CIB estadual. (<https://obr.saude.ba.gov.br/>, acessado 05.1.24).

Segue abaixo a Tabela 5, a qual mostra regiões e estados brasileiros, municípios e população que possuem SAMU, como também financiamento e variação *per capita*.

TABELA 5 - Número de municípios com SAMU implantando, suas populações, financiamento e variação *per capita*, período 2017 x 2021.

Região/ Estados	Nº de municípios	População IBGE		Nº de municípios com SAMU implantado, habilitado ou qualificado				População dos municípios com SAMU implantado, habilitado ou qualificado				Financiamento <i>per capita</i> (R\$)		
		2017	2021	2017		2021		2017		2021		2017	2021	Variação <i>per capita</i>
		N	N	N	%	N	%	N	%	N	%	(R\$)	(R\$)	(%)
NORTE	450	17.936.201	18.906.962	106	23,56	128	28,44	11.138.798	62,1	13.847.514	73,24	7,75	6,42	-17,14
Acre	22	829.619	906.876	14	63,64	18	81,82	768.396	84,73	859.111	94,74%	4,77	15,26	277,62
Amapá	16	797.722	877.613	2	12,5	2	12,5	647.165	74,92	647.165	74,92	2,81	2,91	-15,97
Amazonas	62	4.063.614	4.269.995	10	16,13	10	16,13	2.510.836	58,8	2.510.836	58,8	9,29	8,17	-12,06
Pará	144	8.366.628	8.777.124	49	34,03	64	47,22	5.070.735	50,61	8.777.124	79,18	2,68	3,4	33,23
Rondônia	52	1805788	1815278	8	11,54	8	11,54	741361	53,15	741361	53,15	4,09	5,2	27,88
Roraima	15	522.636	652.713	15	100	15	100	652.713	100	652.713	100	5,85	7,06	50,68
Tocantins	139	1.550.194	1.607.363	8	5,76	11	7,91	747.592	46,51	759.204	47,23	3,38	5,42	66,64
NORDESTE	1794	57.254.159	57.667.842	778	43,37	1042	58,08	41.748.408	72,92	49.212.134	85,34	8,07	7,81	-3,23
Alagoas	102	3.375.823	3.365.351	37	36,27	64	62,75	2.111.925	62,76	3.087.399	91,74	1,88	1,66	-11,67
Bahia	417	15.344.447	14.985.284	273	65,47	331	79,38	12.459.840	82,59	13.551.017	90,43	6,53	6,91	3,34
Ceará	184	9.020.460	9.240.580	62	33,7	121	65,76	6.483.745	70,17	7.980.164	86,36	1,04	6,21	509,21
Maranhão	217	7.000.229	7.153.262	38	17,51	98	45,16	3.340.390	46,7	4.527.042	63,29	6,06	6,58	10,88
Paraíba	223	4.025.558	4.059.905	90	40,36	105	47,09	3.031.030	74,66	3.114.446	76,71	8,95	13,23	49,12
Pernambuco	185	9.473.266	9.674.793	107	57,84	129	69,73	7.349.421	75,96	8.378.895	86,61	2,6	4,66	82,93
Piauí	224	3.219.257	3.289.290	70	31,25	92	41,07	2.241.825	68,16	2.519.553	76,6	5,26	8,46	64,21
Rio Grande do Norte	167	3.507.003	3.560.903	26	15,57	27	16,17	2.391.758	67,17	2.454.728	68,94	3,86	6,04	58,89
Sergipe	75	2.288.116	2.338.474	75	100	75	100	2.338.474	100	2.338.474	100	5,86	9,71	69,31
SUDESTE	1668	86.949.714	89.632.912	706	42,33	961	57,61	60.087.016	69,11	69.858.129	77,94	7,93	5,95	-24,98
Espirito Santo	78	4.016.356	4.108.508	71	91,03	74	94,87	3.847.134	93,64	3.973.128	96,7	2,56	2,74	14,57
Minas Gerais	853	21.119.536	21.411.923	392	45,96	482	56,51	12.131.880	56,66	14.931.856	69,74	4,8	5,35	31,56
Rio de Janeiro	92	16.718.956	17.463.349	46	50	57	55,04	12.775.561	73,16	14.994.698	85,86	4,08	3,24	-0,39

São Paulo	645	45.094.866	46.649.132	197	30,54	348	53,95	31.332.441	67,69	35.958.447	77,68	6,22	5,01	6,93
SUL	1191	29.644.948	30.402.587	348	29,22	428	35,94	22.422.698	75,64	24.940.193	82,03	8,11	6,12	-24,56
Paraná	399	11.320.892	11.597.484	111	27,81	174	43,16	7.942.121	68,48	9.878.695	85,18	8,21	7,45	12,82
Santa Catarina	295	7.001.161	7.338.473	86	29,05	92	31,08	5.498.854	75,82	5.590.558	77,08	4,34	3,84	-9,88
Rio Grande do Sul	497	11.322.895	11.466.630	151	30,38	162	32,6	8.981.723	78,33	9.470.940	82,4	5,88	6,07	8,84
CENTRO-OESTE	467	15.875.907	16.707.336	117	25,05	154	32,98	11.529.143	72,62	13.254.235	79,33	8,83	7,78	-11,96
Goiás	246	6.778.772	7.206.589	87	35,37	108	43,9	5.447.429	75,59	6.397.405	88,52	9,65	8,85	21,34
Mato Grosso	141	3.344.544	3.567.234	18	12,77	29	20,57	1.384.015	38,8	1.898.899	53,23	7,72	3,87	29,2
Mato Grosso do Sul	79	2.713.147	2.839.188	11	13,92	16	20,25	1.642.550	57,85	1.863.606	65,54	7,04	4,15	1,83
Distrito Federal	1	3.039.444	3.094.325	1	100	1	100	3.055.149	100	3.094.325	100	1,53	4,44	193,68
Brasil	5570	207.660.929	213.317.639	2.055	36,89	2.713	48,71	146.926.063	70,75	172.212.205	80,21	8,06	6,69	-16,96

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE, CNES e FNS.

A região Nordeste apresentava o maior número de municípios com algum recurso móvel SAMU, 778 (43,37%), para o ano de 2017, mantendo-se nessa posição, em 2021, com 1.042 (58,08%) municípios com SAMU. O estado da Bahia contribuiu com aproximadamente um terço dos municípios dessa região, sendo 273 (65,47%), em 2017, e 331 (79,38%), em 2021. Enquanto que, o estado do Rio Grande do Norte apresentava o menor número de municípios, na região Nordeste, com SAMU, apenas 26 (15,57%), para o ano de 2017, mantendo com 27 (16,17%), para o ano de 2021.

A região Norte, como era de se esperar, apresentou o menor número de municípios com SAMU implantado, 106 (23,56%) em 2017, 128 (28,44%), em 2021. Como resultado de uma baixa adesão dos municípios e dos grandes vazios assistenciais (MACHADO, 2023). A segunda região brasileira, com menor número de SAMU implantado é a região Centro-Oeste, no ano de 2017, apenas 117 (25,05%) municípios com algum recurso móvel SAMU, e em 2021, 154 (32,98%) municípios com RM SAMU. Chama a atenção o estado do Mato Grosso do Sul, em 2017, apenas 11 (13,92%) municípios com SAMU implantados, no último ano do estudo, 16 (20,25%). Observando esses dados dessas duas regiões, percebe-se que, mesmo diante de um contexto pandêmico, nos anos de 2020 e 2021, não ocorreu nessas regiões o aumento do número de municípios com SAMU implantados.

Analisando esses dados, eles convergem com os valores do financiamento, onde essas duas regiões, no período estudado, receberam as menores quantias monetárias nas transferências federais, para as regiões brasileiras. Percebe-se que, muitos municípios que não possuíam o SAMU, apresentavam uma população menor que vinte mil habitantes. Porém, identifica-se que, na região Centro-Oeste municípios com mais de 50.000 habitantes, a exemplo de Cáceres, 95.339 habitantes, Alta Floresta, com 52.105 habitantes e Barra do Garças, com 61.702, habitantes, entre outros, não possuíam o serviço, até o ano de 2021. A mesma situação é identificada na região Norte, municípios com mais de 30.000 habitantes sem o serviço do SAMU, a exemplo da cidade de Afua, no Pará, com 37.000 habitantes, entre outros, não possuíam SAMU implantado.

Essas duas regiões geográficas, as quais apresentam um perfil epidemiológico, social, cultural e econômico muito específico local. Necessitam que, as diretrizes de descentralização e regionalização fortaleçam as ações das políticas públicas de saúde, especificamente das urgências móveis, para capilarizar esses serviços e consigam chegar mais próximo aos cidadãos nessas regiões brasileiras. Principalmente para atendimento e cuidado em tempo oportuno, das urgências tempo dependente.

A região Sudeste, conforme dados do FNS e CNES, apresenta a segunda região com maior número de SAMU implantados, em 2017, possuía 706 (42,33%), já, em 2021, possuía 961 (57,61%) municípios com SAMU implantados com algum recurso móvel. O Sudeste, apesar de sua maior população absoluta, mantém proporções de cobertura potencial similar ao Nordeste, embora internamente à região as disparidades sejam grandes. Por exemplo, Espírito Santo, estado pequeno, já possuía, em 2017, 91,03% de municípios com SAMU, chegando a 93,64%, em 2021. São Paulo, de forma diferente, possuía, em 2017, 30,54% de municípios com SAMU, mas consegue aumentar significativamente essa proporção em 2021, para 67,69%. Embora em termos de população, o aumento proporcional não seja tão grande, de 31.332.4 para 35.958.447, isto significa 4 milhões e meio de pessoas que passam a contar com um serviço mínimo de urgência em regiões tendencialmente mais afastadas dos grandes centros – municípios de menor porte.

A região Sul apresentava no período do estudo, em 2017, 348 (29,22%) municípios com SAMU implantados, já em 2021, esse número representava a quantia de 428 (35,94%) municípios com algum recurso móvel SAMU. Mantendo, como terceira região brasileira que apresenta o maior número de municípios com SAMU implantado. Essas informações do CNES se assemelham de todo modo, aos dados do FNS sobre as transferências federais destinadas a essa região.

Neste panorama nacional, portanto, no ano de 2017, referente às populações dos municípios que possuíam SAMU, destaca-se a região Sudeste com maior número de pessoas com acesso às urgências móveis, 60.087.016 (69,11%) habitantes, já em 2021, esse número é de 69.858.129 (82,03). Nessa condição em 2017, enquanto em 2021, essa região representava mais de um terço da população brasileira coberta por SAMU, com destaque para o estado de São Paulo, que concentrava, por si só, 21,17% (31.332.441) dessa população em 2017, comparado a 20,85% (35.958.447), em 2021. Por outro lado, a região Centro-Oeste, quando comparada à população brasileira, apresentava menor população com acesso ao serviço, apenas 11.529.143 (7,9%) em 2017, enquanto em 2021, a população era apenas, 13.254.235.

Referente a variação *per capita*, traz à tona as discussões acerca da instabilidade no financiamento do SAMU/CRU e da necessidade cada vez mais evidente de mecanismos de sustentabilidade dos recursos financeiros. Ao observar os dados apresentados, no período estudado, as cinco regiões brasileiras apresentaram uma variação negativa. A maior variação negativa ficou para a região Sudeste, na concentração

de -24,98, seguida da região Sul, na concentração de -24,56. Ambas mais negativas que a variação do Brasil, como um todo, enquanto, a menor variação negativa, ficou para a região nordeste, na concentração de -3,23, seguido das regiões Centro-Oeste (-11,96) e Norte (-17,14).

Relativo ao financiamento *per capita*, a Tabela 6, mostra uma grande diferença intra e inter-regional, com destaque para a região Centro-Oeste a qual tinha o estado de Goiás com o maior financiamento *per capita* R\$ 9,65, no ano de 2017, seguido pelos estados do Amazonas com R\$ 9,29 e Paraíba R\$ 8,95. No mesmo período, inversamente, o estado de Ceará recebeu o menor aporte federal SAMU *per capita*, R\$ 1,04, seguido do Distrito Federal, com R\$ 1,85 por habitante e o estado de Alagoas, R\$ 1,88.

Embora se encontre disparidades em todas as regiões, as diferenças entre o menor e o maior valor de financiamento *per capita* entre os estados estão nas regiões Centro-Oeste (em 2017) e Nordeste (em 2021), com cerca de 8 vezes a diferença entre o maior e o menor valor. Regiões que, historicamente, apresentavam grandes vazios assistenciais e baixa cobertura dos serviços de saúde.

TABELA 6 - Diferenças *per capita* entre as regiões brasileiras, 2017 x 2021

Regiões Brasileiras	Diferenças <i>Per Capita</i>			
	2017		2021	
	Maior Valor	Menor valor	Maior Valor	Menor valor
Norte	9,29	2,81	15,26	2,91
Nordeste	8,95	2,6	13,23	1,66
Sudeste	6,22	2,56	5,35	2,74
Sul	8,21	4,34	7,45	3,84
Centro - Oeste	9,65	1,53	8,85	3,87

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS.

Ressalta-se que, no tocante ao ano de 2021, os dados apontavam um maior financiamento *per capita* nos estados do Acre (R\$ 15,26), seguido da Paraíba com R\$ 13,23, Sergipe, R\$ 9,71 e Goiás com R\$ 8,65, ou seja, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste permaneceram no topo. Em comparação ao mesmo período, os estados com menor financiamento *per capita* eram: Alagoas com R\$1,66, seguido dos estados de Amapá R\$ 2,91, e Espírito Santo R\$ 2,74, chama atenção que aparece aqui um estado da região Sudeste, até então, os extremos sobre financiamento *per capita*, não apareciam os estados das regiões Sul e Sudeste.

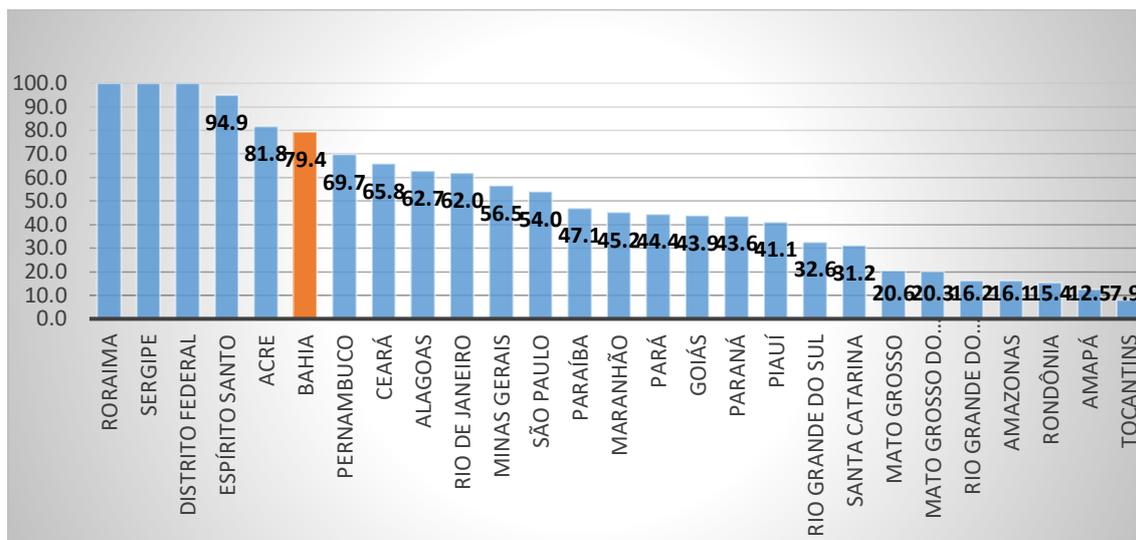
Ao observar a variação *per capita* nos anos 2017 e 2021, marco inicial e final desse estudo, chama atenção que cinco estados apresentaram variação negativa. Dois

estados, da região Norte, os outros três, foram, um da região Nordeste, um na região Sudeste e outro, na Sul. Quanto a maior variação *per capita* negativa, os três estados identificados foram, Amapá (-15,97%), Amazonas (-12,06%) e Alagoas (-11,67%), segue no topo com as regiões Norte e Nordeste. Atinente ao tema, identifica-se na região Sudeste uma variação negativa no estado do Rio de Janeiro de R\$ - 0,39, enquanto na região Sul chama a atenção o estado de Santa Catarina, também com variação negativa de R\$ -9,88. Os estados com maior variação positiva foram: Ceará (509,21%), Acre (277,62%) e o Distrito Federal (193%). A maior variação *per capita* positiva, seguindo na linha do financiamento *per capita*, fica também nas regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste, respectivamente.

No Brasil, os recursos financeiros que custeiam as urgências móveis percebem a sua devolutiva à sociedade mediante a melhoria da prestação de serviços realizados, e sua medida acontece através dos indicadores de saúde. Dessa maneira, os dados analisados, através das informações do FNS, apontam um déficit acumulado ao longo dos anos, essa insuficiência monetária acaba por sobrecarregar os municípios que, legalmente, são os responsáveis pela a gestão local e regional na operacionalização das ações nas urgências móveis, destinadas a população naquela área de abrangência. Ressalta-se ainda que gera uma situação de subfinanciamento desses serviços que podem impactar na qualidade dessas ações e serviços prestados à população.

No Brasil, o SAMU é uma política pública de estado e sua trajetória na sociedade mostra que a cada ano esse serviço vai se interiorizando e possibilitando que as populações das áreas mais distantes tenham acesso a um serviço de qualidade no atendimento às urgências móveis. Dessa maneira, o Gráfico 9, mostra o percentual de SAMU implantado por estado no país.

GRÁFICO 9 - Percentual de Municípios com SMU implantados e Habilitados, por estado, em 2021



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do CNES, 2021.

O Gráfico 9 mostra que no ano de 2021, o SAMU está presente em todos os estados brasileiros. Dois estados brasileiros (Roraima e Sergipe) e o Distrito Federal, em 2021, apresentavam 100% dos municípios com cobertura da CRU e pelo menos cada município possuía uma UM para garantir o acesso da população às urgências móveis. Doze estados apresentaram mais de 50% dos seus municípios com cobertura da CRU e pelo menos uma UM. Identifica-se ainda que, nove estados brasileiros, entre 20% a 50%, dos seus municípios possuíam SAMU implantados. Cinco estados, um da região Nordeste e quatro da região Norte apresentaram, no ano de 2021, menos de 20%, dos seus municípios com SAMU implantado. E apenas um estado, Tocantins, tem menos de 10%, dos seus municípios com SAMU implantado.

O Gasto Público Federal em Saúde (GPFS) com o SAMU apresentou oscilações, com discreto crescimento. Entre os anos de 2017 e 2021, ao confrontar os valores nominais na série histórica o ano que aconteceu as menores transferências nominais foi em 2017, na ordem de R\$ 0,92 bilhões, enquanto que, ao ano de 2018, alcançou os maiores valores, foi na ordem de R\$ 1,12 bilhões. Na sequência dos anos posteriores, há um declínio no ano de 2019, voltando a crescer em 2020 e 2021. Os valores reais corrigidos a dezembro de 2021 pelo IPCA apontaram as movimentações dessas correções ao longo do tempo, e percebe-se que as transferências federais não acompanharam as inflações no período do estudo.

A Tabela 7 mostra os valores nominais transferidos, valores corrigidos, gasto *per capita* e proporção do PIB no período de 2017 a 2021.

TABELA 7 - Gasto Público Federal em Saúde com o SAMU, gasto *per capita* e proporção do PIB, 2017 a 2021

ANO	GPFS-SAMU192 Valor nominal (bilhões R\$)	GPFS-SAMU192 *Valor corrigido (bilhões R\$)	GPFS-SAMU192 <i>per capita</i> (R\$)	Proporção do GPFS- SAMU192 no PIB (%)
2017	0,92	1,18	5,28	0,014
2018	1,13	1,40	5,64	0,016
2019	0,97	1,17	4,77	0,013
2020	1,09	1,26	5,37	0,014
2021	1,14	1,14	5,56	0,013

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e IBGE.

*Nota: Valor corrigido IPCA, dezembro de 2021.

Seguindo as informações apresentadas na Tabela 7, ao acompanhar os gastos públicos em saúde com o SAMU referentes ao valor *per capita*, os dados mostraram tímido crescimento no período de 2017 a 2021. Nesse período, o valor *per capita* apontou um crescimento na ordem de R\$ 0,28, saindo do valor de R\$ 5,28, para um financiamento *per capita* na ordem de R\$ 5,56. O maior aporte monetário refere-se ao período de 2017 a 2018, nesse ano os dados mostraram, um incremento na ordem de R\$ 0,36 por pessoa, migrando do valor de R\$ 5,28, para o valor na ordem de R\$ 5,64. Enquanto que, entre 2018 a 2019, seguindo os dados apresentados e nas outras análises, identificou-se um declínio na ordem de R\$ 0,87. Na sequência, o valor *per capita* declina da ordem de R\$ 5,64, em 2018, para o valor de R\$ 4,77, no ano de 2019. Porém, em seguida, nos anos de 2020 e 2021, esse valor volta a crescer, apresentando os valores *per capita* de R\$ 0,60 e R\$ 0,19, respectivamente.

Referente ao GPFS com o SAMU e sua proporção em relação ao PIB, a maior proporção aconteceu no ano de 2018, representou uma concentração de 0,016% do PIB, enquanto que a menor proporção aconteceu nos anos de 2019 e 2021, foi no valor de 0,013% do PIB, já os anos de 2017 e 2020, mantiveram uma proporção na concentração de 0,014% do PIB.

Em 2018, ao levantar o gasto total (público e privado) em saúde no Brasil como proporção do PIB foi de 9,5%, acima da média da Europa (8,5%) e próxima à de Portugal (9,4%) e Reino Unido (10,0%). Os países mais desenvolvidos tendem a gastar entre 10% e 12% do PIB com saúde, enquanto os mais pobres gastam, em geral, entre 6% e 7%. No Brasil, o gasto público, foi apenas 4,0% do PIB.

O Gasto Público Federal com Saúde em SAMU192 por proporção da Média e Alta Complexidade (MAC), representa uma proporção de 2,14%. Às transferências financeiras para a MAC, correspondem ao maior montante de repasses federais para as esferas subnacionais. No SUS, as transferências federais para os estados e municípios, legalmente, possuem duas normativas que direcionam no âmbito da política de saúde. Os repasses federais para a MAC/SAMU acontecem de maneira regular e automática, através do FNS para os FES, FDS e FMS, essas transferências de custeio, normalmente, são destinadas aos serviços e ações específicas.

O Quadro 9, aponta a evolução das transferências federais para a MAC e compara o montante que é destinado ao SAMU.

QUADRO 9 – Evolução do Gasto Público Federal com Saúde-SAMU192 por proporção da MAC, no período de 2017 a 2021

ANO	REPASSE SAMU (R\$)	MAC líquido (R\$)	PROPORÇÃO (%)
2017	1,18	48,76	2,42
2018	1,40	58,15	2,40
2019	1,17	60,83	1,92
2020	1,26	56,29	2,24
2021	1,14	63,56	1,80

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do FNS e Banco Central do Brasil.

Nota: A preços constante de dezembro de 2021, valores reais corrigidos pelo IPCA.

O Quadro 9, aponta que no período estudado, as transferências federais nominais, para o SAMU foi na ordem de R\$ 6,16 bilhões, enquanto para o bloco da MAC, as transferências alcançaram o valor de R\$287,58 bilhões. Ou seja, o montante do SAMU comparado a MAC, é insignificante. No período de 2017 a 2021, o repasse real do SAMU, declinou em R\$ 0,04 bilhões, enquanto o da MAC ampliou em, R\$14,80 bilhões. Percebe-se que o recurso MAC, no período, no ano de 2019 para 2020, depois volta a subir.

A proporção de recurso anual, não chega a 3%, o maior percentual foi no ano de 2017, na proporção de 2,42%, a menor proporção no ano de 2021, com apenas 1,80%. As proporções declinam de 2017 a 2019, volta a crescer timidamente, de 2019 a 2020, depois declina novamente, de 2020 a 2021.

Entende-se que, as proporções não correspondem as necessidades do SAMU, já que os dados apontam uma insuficiência de recursos financeiros para operacionalizar as ações do serviço.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de achados neste estudo revela um Gasto Público Federal em Saúde com o SAMU insuficiente para operacionalizar as ações das urgências móveis no país. No período de 2017 a 2021, não aconteceu nenhum incremento ou recomposição financeira para esse serviço, as transferências federais, alcançaram R\$ 5,3 bilhões, isso representa uma proporção de 2,14%, do recurso federal destinado a MAC. Esse recurso financeiro, destinado ao SAMU, quando corrigido a valores de dezembro de 2021, ano base deste estudo, mostra um valor na quantia de R\$ 6,16 bilhões.

Os dados apontam, que no ano de 2018 os municípios receberam o maior repasse, fundo a fundo, da série estudada, R\$ 1,3 bilhões. Em contrapartida, o ano de 2019, recebeu as menores transferências, no valor de R\$ 0,97 bilhões. Ressalta-se que, a ampliação no valor recebido, não existe relação com aumento ou incremento ou recomposição do recurso por mudança no arcabouço legal.

Destaca-se que, no ano de 2023 com a Portaria do GM nº 958/2023, ocorreu um acréscimo no valor de 30% no custeio das unidades móveis e novos valores para a CRU, seguindo o parâmetro por faixa de cobertura populacional. Posto isto, sabe-se que o financiamento do SAMU/CRU é definido por valor das unidades móveis, não tendo qualquer relação com produção realizada ou número. Mesmo com essa recomposição financeira, os valores aportados não conseguem dar conta do subfinanciamento que se instalou no SAMU, ao longo dos anos.

Ressalta-se que, mesmo com as medidas do MS, em ter um olhar mais cuidadoso para a região Norte, e as embarcações (ambulanchas) terem valores diferenciados, os valores transferidos para essa região ainda estão distantes das regiões Sudeste e Nordeste, que recebem as maiores verbas.

A região Sudeste, permaneceu em primeiro lugar no *ranking*, durante todos os anos do estudo, os repasses financeiros alcançaram os valores de R\$ 1.959,2 milhões. Era de se esperar, é a região que o maior número de unidades móveis e a CRU com a maior cobertura populacional. Enquanto a região Norte recebeu, o valor de R\$

Referente as cidades brasileiras, em 2021, 80,21% possuíam SAMU, ainda 19,79% das cidades brasileiras não tem acesso às urgências móveis. Salienta-se, que a grande maioria, são municípios com população abaixo de cinco mil habitantes, porém

existem outras cidades com um número importante de habitantes, mais de sessenta mil, que no momento do estudo ainda não possuíam o serviço.

Na análise da distribuição do financiamento entre as regiões do estudo observou-se grande desequilíbrio, principalmente, em favor das regiões que portavam maior capacidade instalada de unidades móveis. Assim, para minimizar essas diferenças regionais é necessário pensar parâmetros de financiamento que não se limitem apenas ao valor do veículo, mas que possam agregar outros critérios. A parametrização da CRU foi um avanço no financiamento, o incentivo diferenciado de qualificação, também contribuiu, porém, essas medidas, por si só, não dão sustentabilidade financeira e de gestão a esses serviços, dessa maneira, os municípios por serem os gestores locais, acabam custeando um valor maior que o pactuado e não conseguem, muitas vezes, manter a qualidade do serviço.

Fortalecer as diretrizes de descentralização e regionalização, é fundamental para implantação e capilarização do SAMU. Outro ponto, é pensar e operacionalizar o SAMU em três camadas qualifica a assistência e possibilita que equipes especializadas chegue aos lugares mais distantes.

Por fim, para transformar esse subfinanciamento crônico no SAMU, é necessário canalizar mais recursos para este serviço, realizar ajustes fiscais, repensar a distribuição do recurso da MAC e redimensionar os critérios e o tempo de ajuste para o financiamento do SAMU.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I.R.S.; MEDINA, M.G.; VILASBÔAS A.L.Q.; VIANA, L.D.Àvila. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. **Ciência e saúde coletiva**, maio, 2022.

BANDEIRA, F.J.S.; CAMPOS A.C.V.; GONÇALVES L.H.T. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. **Enfermagem em foco**, revista oficial do Conselho de Enfermagem. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília (DF): CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. <https://consultafns.saude.gov.br/#/repasse-dia>[Acesso em 2023 jul 07]..

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. [Acesso em 2021 jul 03]. Dispõe sobre a organização do SUS. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): CONASS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 29 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Manual de Ressarcimento Fundo a Fundo** Brasília (DF): 2022. 101 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. **Saúde Toda Hora - Atenção às Urgências**. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>, acesso em 01.03.22 às 17:02.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Urgência e Emergência**, 2013a. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4612-na-bahia-os-recursos-para-custeio-do-samu-terao-aumento-de-20>. Acesso em: 09 de set de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em todo território brasileiro e da outras providências.** Brasília (DF): 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 02 de novembro de 2002. **Institui o Sistema de Urgência e Emergência em todo território brasileiro e da outras providências.** Brasília (DF): 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Brasília (DF): 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília (DF): 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023. **Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis e Centrais de Regulação das Urgências efetivamente implantadas do SAMU 192.** Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013. **Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 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).** Brasília (DF): 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2970, de 08 de dezembro de 2008. **Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento a regionalização da rede nacional SAMU 192.** Brasília (DF): 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3992 de 28 de dezembro de 2017. **Trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde.** Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): 2013c.

BRASIL. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acesso em 15.09.2023.

CARVALHO, A.L.B.; JESUS, W.L.A.; SENRA, I.M.V.B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema - **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1155-1164, 2017.

CASTRO, A.L.B.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Financiamento da Atenção Básica no SUS. **Texto preparatório para o Congresso ABRASCO 2018**. Rio de Janeiro. 2018.

COELHO, T.C.B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005.

COELHO, T.C.B.; SCATENA, J.H.G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

COELHO, T.C.B.; TELES, A.S; FERREIRA, M.P.S. (Orgs). **Financiamento do SUS**: Abrindo a Caixa Preta. Feira de Santana, UEFS Editora, 2016.

DAMACENO, N.A.; LIMA, M.A.D.S.; PUCCI, V.R.; WEILLER, T.H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**. Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020

DUARTE, L.S.; MENDES, A.N; Questão Territorial, processo de Regionalização do SUS e Financiamento das Redes Temáticas. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**. São Paulo, setembro, 2018.

DUARTE, L.S.; PESSOTO, U.C.; GUIMARÃES, R.B.; HEIMANN, L.S.; CARVALHEIRO, J.R.; CORTIZO, T.C.; RIBEIRO, E.A.W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.2, p.472-485, 2015.

FARIAS, M.T.D.; NASCIMENTO, C.C.C. Atuação da Enfermeira na Central de Regulação de Urgência do SAMU 192. In: SILVA, M.S.R.M. (org). **Yellowbook Enfermagem: Fluxos e condutas em Urgência e Emergência** – 1ª ed. Salvador: Editora Sanar, 2021. P. 57-68.

Giovanella, Lúcia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012

MACHADO, R. **Regionalização da saúde avança lentamente, mas requer atenção do governo federal**. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/regionalizacao-da-saude>, acessado em 21.12.2023.

MAGALHÃES, J.H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate** [Internet]. 2014 [acesso em 2021 jul 02];52:15-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean**: concept, results and policy uses. Cambridge: Harvard University, 2001. 47 p.

MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA, R.M.C; Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(7):2921-2934, 2022a.

MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA, R.M.C; Produção de procedimentos pelo SAMU 192 no Brasil: Performance, benchmarking e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022b.

MANKIW, N. Gregory. **Introdução à Economia**/N. Gregory mankiw. Tradução Allan Vidigal Hostings, Elisete Paes e Lima, E2 Translate; Revisão técnica: Manuel José Nunes Pinto. –São Paulo:Cengage Learning, 2013.

MENDES, A. N.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MENDES, A.N.; MARQUES, R.M. Sobre a economia da saúde campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (org). **Tratamento de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. P 259-293.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2012.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7 1.

MENEZES, A.P.R; MORETTI, B; REIS, A.A.C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, n. especial 5, P. 58-70, DEZ 2019.

NAKATA, L.C.; FELTRIN A.F.S.; CHAVES, L.D.P.; FERREIRA, J.B.B. **Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo**. Escola Ana Nery. 2020.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. (2022). Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. Arq. Bras. Cardiol., v. 118, n. 1, p. 115-373, jan. 2022.. <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal**. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010.

PAINEL SAÚDE, 2015 (<https://painelms.saude.gov.br>, acessado em 05.01.2024).

PAIVA, A.B.; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: JACCOUD, L. org. Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. Brasília: IPEA, 2020.

PRHPLUS. PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS. **Understanding national health accounts: the methodology and implementation process**. Primer for Policymakers. Bethesda, 2003.

SANTOS C.M.; BARBIERI A.R.; GONÇALVES C.C.M.; TSUHA D.H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jul 02];33(5):e 00052816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00052816.pdf>

SCATENA, J.H.G. Regionalização em saúde: o financiamento como um dos desafios. In: COELHO, T.C.B.; TELES, A.S; FERREIRA, M.P.S. (Orgs). **Financiamento do SUS: Abrindo a Caixa Preta**. Feira de Santana, UEFS Editora, 2016.

SCHENKMAN, S. **Avaliação de eficiência dos sistemas de saúde: o valor da qualidade em saúde em equilíbrio com a efetividade** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021. 224p

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2022 [acesso em 2022 ago]. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/samu>.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2024 [acesso em 2024 jan]. Disponível em <https://obr.saude.ba.gov.br/observatorio-bahiano>.

SILVA, M.S.R.M. (org). **Yellowbook Enfermagem: Fluxos e condutas em Urgência e Emergência** – 1ª ed. Salvador: Editora Sanar, 2021. P. 57-68.

SILVA, M.S.R.M. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU -192) em Feira de Santana – Ba: estrutura, processo e resultado**.2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana - BA, 2009.

SILVA, P.L.; PAIVA, L.; FARIA, V.B.; BARDUCHI, R.I.; CHAVAGLIA, S.R.R. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev Esc Enferm USP**, 2016;50(3):427-433

TELES, A.S. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana - BA, 2015.

TELES, A.S.; COELHO, T.C.B.; FERREIRA, M.P.S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.25, n.3, p.786-799, 2016.

TELES, A.S.; COELHO, T.C.B.; FERREIRA, M.P.S.; SCATENA, J.H.G Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 51-57.

TOFANI, L.F.N.; FURTADO, L.A.C.; ANDREAZZA, R.; REBEQUI, A.; GUIMARÃES, C.F.; HARADA, J.; PEREIRA, A.L.; CHIORO, A. Gestão regional e a produção singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Ciência e Saúde Coletiva**. (27) 03 2022.

UGÁ, M.A.D.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.193-232.

UGÁ, M.A.D.; PIOLA, S.F; PORTO, S.M.; VIANNA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2. p. 417-437, 2003.

VIANA, A.L.A.; BOUSQUAT, A.; MELO, A.G.; FILHO, A.N; MEDINA, M.G. Regionalização e Redes de Saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**. 23 (6) 2018.

WHO. Health expenditure series: Global Health Expenditure Database. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: . Acesso em: 3 nov. 2018.

WHO. Global Health Observatory: países. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: . Acesso em: 27 dez. 2017. WHO. Guide to producing national health accounts: with special appl