

Renato da Silva Gomes

OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE: O SAMU 192.

Brasília – DF

Junho/2018

Renato da Silva Gomes

OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE: O SAMU 192.

Trabalho de conclusão ao curso de Especialização em Planejamento e Estratégias de Desenvolvimento, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Planejamento e Estratégias de Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Martino Jannuzzi

**Brasília – DF
Junho/2018**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	04
2. Referencial Teórico.....	07
2.1 Emergência do Estado de Bem Estar no Mundo e no Brasil.....	07
2.2 O Estado de Bem Estar e o SUS no Brasil.....	12
2.3 Saúde e Desenvolvimento.....	20
3. O Objeto e Método de Pesquisa.....	25
3.1 O Programa SAMU 192.....	25
3.2 Metodologia e Fontes de informação.....	29
4. Análise Estruturada dos Relatórios de Auditoria do SAMU.....	39
4.1 Análise Descritiva.....	39
4.2. Análise dos Principais Problemas.....	41
4.3. Análise regional do SAMU 192.....	51
4.4. Análise da implementação do SAMU segundo porte.....	58
5. Conclusão.....	65
6. Referências	67

RESUMO:

No Brasil, a avaliação de políticas públicas vêm ganhando cada vez mais relevância, dada a complexidade inerente ao processo de implementação em cenários distintos no que se refere a padrões demográficos e socioeconômicos que caracterizam as regiões do país. Estudos exploratórios baseados em constatações estruturadas e organizadas em Relatórios de forma sistemática, se constituem em instrumentos de extrema relevância para o aprimoramento e qualificação da política pública de forma a torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva. Nessa perspectiva, o presente trabalho se propõe a evidenciar a apropriação dos dados contidos nos Relatórios de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS e do Ministério da Transparência e Controladoria da União – CGU a partir da Análise Estruturada de Textos com o objetivo de levantar os principais e mais relevantes problemas e gargalos de implementação de políticas públicas de saúde. O foco avaliativo da presente pesquisa é o Programa SAMU 192, por meio da identificação de problemas de ordem e natureza estrutural e operacional extraídos de Relatórios de Auditorias realizadas em 89 municípios distribuídos por todos os estados do país, no intervalo de tempo compreendido entre 2010 e 2017. Falhas estruturais, Déficit de RH, Irregularidades em contratos e processos licitatórios, são algumas das irregularidades identificadas e que comprometem diretamente o alcance dos objetivos traçados para a política em tela, gerando prejuízos sociais e econômicos.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Estruturada de Textos, Relatórios de Auditoria, Avaliação de Políticas Sociais de Saúde, Programa SAMU 192, Avaliação de Processos de Implementação.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, trouxe uma série de inovações no campo dos direitos sociais. Esse diploma legal contribuiu para uma importante inflexão na abordagem do papel do Estado brasileiro como protagonista, no sentido de atender as demandas sociais da população brasileira. As chamadas políticas sociais ganharam força e legitimidade com fulcro no texto constitucional, o que proporcionou a oportunidade em iniciar a implantação de um Estado de Bem Estar Social no Brasil.

Apesar das transformações paradigmáticas do modelo econômico mundial que ocorriam no período, voltadas ao neoliberalismo e idéia de Estado Mínimo, da insurgente oposição ao texto constitucional por segmentos da sociedade, a promulgação da Carta Magna foi um marco para a sociedade brasileira, a consolidação formal de uma perspectiva de igualdade e justiça social.

Com o advento da Constituição Federal/1988, o Estado brasileiro se vê diante do desafio de criar capacidades estatais para uma era de produção de políticas públicas para o atendimento das mais variadas demandas e necessidades de segmentos e setores da sociedade. Atrelado a isso, ainda havia a necessidade de se promover o desenvolvimento econômico e social do país, o que tornava o desafio ainda maior.

A consolidação dos direitos sociais positivados na supramencionada Constituição se deu de forma progressiva com a formulação de políticas públicas destinadas a atender aos mais variados tipos de demandas sociais. No campo da saúde, a idéia de direitos de todos e dever do Estado, culminou com criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com base em uma lógica universal e inclusiva, resposta do Estado brasileiro às reivindicações por mudanças no modelo até então praticado, caracterizado pela inacessibilidade, injustiça e exclusão.

O Sistema Único de Saúde foi organizado através das Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e 8.142/1990, com a proposta de atenção integral e resolutiva, garantindo o acesso aos serviços que são organizados de forma hierarquizada. Dessa forma, foram sendo criadas inúmeras políticas de saúde com o objetivo de estruturar e operacionalizar o sistema em todo o país, permitindo a assistência à saúde aos usuários do SUS.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 é uma dessas políticas sociais de saúde, criada com o intuito de aprimorar a estrutura e operacionalizar o SUS, atuando em uma área crítica do sistema, que é o atendimento de urgência e emergência. Nesse sentido, a política do SAMU 192 trouxe mais um avanço para o aperfeiçoamento do SUS: a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral no âmbito da urgência e emergência, de forma ágil e oportuna, com o fito de reduzir complicações oriundas de agravos e/ou óbitos.

Entretanto, a política SAMU 192 apresenta falhas e inconsistências em sua implementação, de ordem estrutural e operacional, e tem sido alvo de fiscalizações e auditorias por órgãos de controle interno, como o Departamento Nacional de Auditoria do SUS -DENASUS, e externo, como o Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União - CGU. Os relatórios de auditoria elaborados por técnicos desses órgãos apresentam inúmeras constatações de irregularidades e descumprimento das diretrizes estabelecidas pela normativa que regulamenta o programa. Essas constatações apontam para as fragilidades e inconsistências dos arranjos de implementação da política, porém, ao mesmo tempo, abre espaço e cria oportunidades de melhorias e aprimoramento desses arranjos para a efetividade do programa.

A complexidade inerente ao processo de produção e implementação de políticas públicas, neste caso, de saúde, exige certa capacidade do Estado para atuar efetivamente em cada ciclo da política, promovendo mecanismos de monitoramento e avaliação continuada, o que nem sempre acontece. A avaliação dessa implementação é fundamental pois permite que falhas e inconsistências estruturais e operacionais sejam identificadas, objetivando o aperfeiçoamento e o aprimoramento da política.

Nessa vereda, a presente pesquisa objetiva identificar os principais problemas que comprometem o sucesso de implementação e a efetividade da política SAMU 192 nos municípios que aderiram ao programa, a partir da análise dos relatórios de auditoria do DENASUS e da CGU, sob a ótica dos arranjos de implementação. Diante dessa investigação, busca-se apontar caminhos para o aprimoramento e aperfeiçoamento do supracitado programa.

A estrutura padronizada dos relatórios tanto da CGU como do DENASUS favoreceu a extração dos dados através da Análise Estruturada de Textos. Foram utilizados 89 relatórios de auditoria e fiscalização de ambos os órgãos de municípios

dos 27 estados da federação no período de 2010 à 2017. A amplitude da amostra procurou a cobertura do cenário em âmbito nacional da política em tela, a fim de que as conclusões refletissem, de fato, a realidade do programa.

Este trabalho apresenta três capítulos centrais, além da introdução e conclusão. O capítulo dois aborda os argumentos com a respectiva fundamentação teórica; o capítulo três trata dos aspectos metodológicos orientativos da pesquisa e, por último, o capítulo quatro, que descreve a análise dos resultados encontrados.

O presente trabalho justifica-se, principalmente, pelo momento de implementação do programa SAMU 192 favorável a um diagnóstico do status da política em âmbito nacional. Considerando a conjuntura político, social e econômica em que o país se encontra, principalmente no que diz respeito às restrições financeiro-orçamentárias refletidas no regime fiscal da Emenda Constitucional nº 95/2016 e possíveis retrocessos de políticas sociais já consolidadas, traz a necessidade de aplicação de pesquisas avaliativas com o intuito de tornar as políticas sociais mais efetivas, viáveis e sustentáveis em uma perspectiva de longo prazo. De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017, o Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo de custeio destinado às Unidades Móveis do Componente SAMU 192 e/ou à respectiva Central de Regulação das Urgências no caso de algumas hipótese, entre elas, a constatação de irregularidades por órgãos de controle interno e/ou externo.

Dessa forma, os municípios que são alvos de fiscalização e auditoria culminando com constatações de irregularidades, acabam por estar suscetíveis à suspensão dos repasses de recursos de custeio do Ministério da Saúde para a manutenção do serviço, o que, em muitos casos, acaba por inviabilizar a continuidade do programa, trazendo sérios prejuízos assistenciais à população que mais precisa de atendimento.

Nesse sentido, não é trivial a validação de uma política pública através de métodos avaliativos e da demonstração de sua importância, bem como dos impactos sociais oriundos de sua implementação, além de possibilidades de melhorias de arranjos no sentido de qualificar os investimentos e incentivos financeiros de forma eficiente, eficaz e efetiva.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Emergência do Estado de Bem Estar no Mundo e no Brasil

Na literatura que trata sobre o tema é comum especulações sobre o que é de fato o *Welfare State*. Esse fato levanta a necessidade de uma abordagem conceitual que traduza os fundamentos do *Welfare State*. É notório que os estudos sobre esse modelo de atuação estatal têm sido motivados por interesses teóricos por outros fenômenos, como poder, industrialização ou contradições capitalistas. O *Welfare State*, em geral, tem recebido muita pouca atenção conceitual (ANDERSEN, 1991, p. 98)

De acordo com uma abordagem de estrutura do Estado, conceitua-se *Welfare State* como transformação histórica quando, no mínimo, a maioria de suas atividades rotineiras estão voltadas para as necessidades de bem-estar de famílias. Nesse sentido, a peculiar característica de um *Welfare State* é o esforço deste em atender as necessidades sociais básicas de seus cidadãos.

Na perspectiva de Andersen (1991, p. 100), uma segunda concepção conceitual de *Welfare State* parte da diferença entre *Welfare State Residual*, quando o Estado só assume a responsabilidade quando o mercado e a família são insuficientes, limitando sua intervenção a grupos sociais marginais e merecedores; enquanto que o *Welfare State* institucional efetiva-se quando o esforço do Estado contempla a toda a população em uma perspectiva universalista, assumindo um compromisso institucionalizado com o bem-estar social.

Em uma terceira perspectiva conceitual, o *Welfare State* seria definido a partir de uma seleção teórica de critérios com os quais julgar os tipos de *Welfare State*. Esta abordagem se daria comparando estes últimos com um modelo abstrato e então avaliar programas ou *Welfare State* como um todo.

Ainda de acordo com ANDERSEN: (1991: p. 101), o conceito precisa ser bem especificado e, antes de tudo, deve envolver a garantia de direitos sociais. No entanto, não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias, mas deve considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. Dessa forma, em uma abordagem ampla, o *Welfare State* não se limita apenas à ações específicas de preenchimento de necessidades sociais básicas a grupos específicos, mas envolve outros aspectos

imprescindíveis de desenvolvimento econômico e social, como a regulação e controle de resultados socialmente adversos do mercado.

Do ponto de vista mais substantivo das políticas envolvidas na noção do *Welfare State*, a tradição anglo-saxa em geral aponta, desde Beveridge, para aquelas direcionadas a: 1) garantia de renda; 2) saúde; 3) educação; e 4) habitação. Considerando a seguridade social como o conjunto das ações referidas à previdência, à assistência social e à saúde (mesmo quando não vinculada a mecanismos contributivos), a OCDE vem adotando uma definição de *Welfare State* que inclui, além da seguridade, as políticas estatais para a educação e a habitação (BRASIL, 1989, p.90)

A lógica capitalista estabelece um cenário em que apenas os que detêm as condições de acumulação sobrevivem, fomentando um processo de exclusão, dependência e mercadorização. Por outro lado, o processo de desmercadorização ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado. Nesse sentido, o conceito de *Welfare State* desmercadorizante deve envolver minimamente a liberdade dos cidadãos (ANDERSEN, 1991, p. 102,103)

A idéia de que um Estado mínimo não intervencionista com liberdade de mercado foi a melhor proposta pelos economistas liberais para se alcançar as condições necessárias para o desenvolvimento. Na visão de Andersen (1991, p. 86), tal proposta teve seu fundamento permeado em um contexto de Estado absolutista, protecionista e propenso à corrupção, levando-os a concordarem que o caminho para a igualdade e a prosperidade deveria ser pavimentado com o máximo de mercados livres e o mínimo de interferência estatal.

Cada Estado, em particular, acaba por assumir sua responsabilidade para mudar o cenário caótico e promover o bem estar dos seus cidadãos. No entanto, as peculiaridades de características econômicas, culturais, demográficas, sociais e políticas de cada Estado seria o que determinaria o modelo de *Welfare State* adotado, pois aspectos como processo decisório, interferências políticas, nível de investimentos e gastos que um Estado estaria disposto a investir, seriam fatores imprescindíveis na consolidação e abrangência das políticas sociais produzidas para o atendimento de determinadas demandas sociais.

(...) a política social tem aspectos bastante dinâmicos, uma vez que, em sua trajetória histórica, cada sociedade incorpora o reconhecimento de

determinadas contingências, riscos sociais e igualdades desejáveis, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade pela sua defesa e proteção. Tais processos constituem, em cada país, sistemas de proteção e promoção social com maior ou menor abrangência, mas que são dinâmicos, estando na maior parte do tempo em construção ou em reforma (...) (CASTRO, 2011, p.69)

A ascensão das políticas sociais exigiu que os governos do *Welfare State* desenvolvessem capacidades para implementar as políticas públicas, o que envolveria uma estrutura burocrática qualificada capaz de gerir todas as etapas das políticas, a fim de garantir o alcance dos objetivos e impactos previstos no momento da sua criação. Dessa forma, o *Welfare State* foi possibilitado também pelo surgimento da burocracia moderna como forma de organização racional, universalista e eficiente (ANDERSEN, 1991, p.92). Entretanto, os aparelhos estatais criados para atender à crescente demanda social adquiriram formas e tendências diversificadas.

A ausência de uma abordagem sistêmica das políticas sociais sob a ótica de uma definição fundamentada e conceitual de *Welfare State* acaba por gerar uma lacuna que compromete todo o processo de produção de políticas públicas e o próprio arcabouço de proteção social adotado pelo Brasil. Dessa forma, essa ausência de densidade do conceito de *Welfare State* reflete, entre muitas coisas, o perfil e características adquiridas pelas políticas sociais, principalmente seus reduzidos efeitos, seus baixos graus de eficácia e efetividade sociais (BRASIL,1989, p. 86)

Essas fragilidades do modelo de *Welfare State* adotado pelo Brasil, principalmente quando comparado com modelos de países desenvolvidos, coloca o país em uma condição de sucesso relativo, já que os resultados sociais até agora vistos não podem ser, de fato, reconhecidos como consequência de um genuíno e autêntico Estado de Bem-Estar. Nesse sentido, o "caso brasileiro" e as rarefeitas referências à países da região latino-americana assumem, então, as características de casos de um não-desenvolvimento do Estado do Bem-Estar Social ou, na melhor das hipóteses, de casos particulares, "anômalos". (BRASIL,1989, p. 86)

Como já dito, as peculiaridades inerentes a um país são determinantes para a escolha do modelo de *Welfare State* a ser adotado. A própria configuração política adotada pelo Brasil como, por exemplo, o presidencialismo de coalizão e a multiplicidade político-partidária abrem precedentes para práticas clientelistas e assistencialistas com o intuito de manutenção de posições e poder, acaba por

influenciar de forma negativa a instituição do país como Estado de Bem-Estar que de fato resolva os problemas sociais que, até momento, não foram resolvidos. Os interesses privados, a busca, a qualquer custo, pela reeleição em mandatos, as barganhas por recursos de emendas parlamentares destinados a redutos políticos, entre outros, são algumas características presentes no cenário político brasileiro e que interferem diretamente nos resultados do sistema de proteção social.

As fragilidades e inconsistências do sistema de proteção social brasileiro deve ser um sinal de que existe a necessidade de mudanças estruturantes no modelo adotado para que o país avance de forma a se consolidar com um verdadeiro *Welfare State* que reflita em desenvolvimento social com redução das desigualdades. A trajetória percorrida até aqui deve servir como subsídio para sustentar iniciativas de ajustes ou mesmo substituição do modelo atual por outro que de fato cumpra com as premissas que sustentam um Estado de Bem-Estar.

(...) parece-nos ser possível, hoje, interrogar a literatura teórica e histórica sobre o assunto, para aí buscar instrumentos analíticos e sugestões de como pensar um determinado padrão de desenvolvimento e consolidação do welfare state num país de capitalismo tardio como o brasileiro, que moldou a face mais completa do seu sistema de proteção social sob a égide de um regime autoritário, nos quadros de um modelo econômico concentrador e socialmente excludente (BRASIL, 1989, p. 89).

Um projeto de desenvolvimento de um país deve ser abrangente e focar não apenas o progresso industrial, tecnológico, empresarial, econômico, mas deve considerar as necessidades do seu povo, pois uma nação é construída com pessoas, e essas pessoas possuem necessidades que, muitas vezes, não podem ser plenamente satisfeitas sem a intervenção do Estado. Ao valorizar seu povo e reconhecer suas necessidades, o Estado assume seu papel de promotor do desenvolvimento, fomentando uma cultura de solidariedade, altruísmo e senso coletivo. Na visão de Calixtre e Fagnani (2017, p. 8), uma agenda de transformação também deve estar assentada na defesa dos valores do Estado de Bem-Estar Social, muitos dos quais incluídos na Constituição da República de 1988.

Um Estado de Bem-Estar Social autêntico deve assumir seu papel de prover a sociedade com todos os mecanismos de proteção social e garantir os direitos de seus cidadãos e, para que isso seja possível, é necessário que todo o arcabouço estatal seja compatível com essa proposta. Nesse sentido, o *Welfare* é bem mais que um mero

produto da democracia de massas. Constitui-se pela transformação fundamental do próprio Estado, de sua estrutura, de suas funções e da sua legitimidade (BRASIL, 1989, p. 108)

O projeto de Estado de bem estar social brasileiro inaugurado pela Carta de 1988 trouxe aos brasileiros uma perspectiva de proteção social que incluiu temas como a previdência, assistência social, saúde, entre outros direitos e benefícios. Este sistema de proteção permitiu que milhões de pessoas tivessem acesso a serviços e benefícios que, em muitos casos, não poderiam ser acessados pelo mercado. No caso da saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS possibilitou que a população tivesse acesso à assistência à saúde independentemente de sua condição social e inserção no mercado.

A Seguridade Social brasileira é o mais importante mecanismo de proteção social do País e poderoso instrumento do desenvolvimento. Além de transferências monetárias para as famílias (Previdência Rural e Urbana, Assistência Social, Seguro-Desemprego), contempla a oferta de serviços universais proporcionados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas) e pelo Sistema Único de Segurança Alimentar e Nutricional (Susan) (CALIXTRE e FAGNANI, 2017, p. 18)

Entretanto, a conjuntura política e econômica recente vêm contribuindo para o retrocesso das políticas sociais no Brasil, o que pode colocar em risco a estabilidade de um Estado de Bem Estar. Austeridade fiscal e decisões políticas macroeconômicas de cunho liberal são determinantes que podem interefrir negativamente na descontinuidade de políticas sociais, inclusive políticas já consolidadas. De acordo com Calixtre e Fagnani (2017, p. 8), a acelerada deterioração da situação fiscal enfraqueceu o governo democraticamente eleito, amplificou a crise política e as ações antidemocráticas e criou condições para que o mercado completasse o serviço iniciado há mais de duas décadas, de fazer retroceder a cidadania social inscrita na Carta de 1988.

O controle social com a participação ativa da sociedade nas decisões políticas do país é, entre outros fatores, um aspecto fundamental para a manutenção das políticas sociais já consolidadas com seu aprimoramento e novos avanços na área social. A manifestação da sociedade é uma forma de influenciar os governantes e parlamentares chamando a atenção para situações que não atendem a maioria ou gera

retrocessos, fazendo com que haja mobilização política para o atendimento de demandas explicitadas pela massa.

2.2. O Estado de Bem Estar e o SUS no Brasil

A Constituição Federal de 1988 foi um reflexo do movimento social e político instalado na Europa após a Segunda Grande Guerra. O Estado de Bem Estar Social ou *Welfare State* foi resultado do clamor e mobilização social por melhores condições de vida, como saúde e educação. Até então, a visão neoliberal capitalista e a idéia de um Estado mínimo era o que predominava. A lógica puramente capitalista neoliberal fomentava as desigualdades, a pobreza e a exclusão de forma perversa. Na visão de Viana e Machado (2008, p.648), a grande novidade no Pós-Guerra foi ter imposto um particular mecanismo de freio às forças brutas da desigualdade socialmente produzidas pelo mercado através do sistema de direitos e políticas sociais.

No decorrer do século XX, diferentes sistemas de proteção social foram construídos, alguns mais cedo do que outros, uns mais extensos e integrados, como os da Europa do Norte frente aos do Sul, e os de nosso continente, muito tardiamente, e mesmo assim com fortes distorções, alto grau de segmentação, forte fragmentação institucional e baixo poder de participação e regulação social (VIANA e MACHADO, 2008, p.648)

Entretanto, no momento em que o Brasil decide adotar as diretrizes fundamentais e peculiares de um Estado de Bem Estar Social, já ocorria no mundo uma inflexão desse modelo para o modelo anterior neoliberal, tendo como base um estado mínimo. Dessa forma, Calixtre e Fagnani (2017, p. 2) afirmam que, enquanto o *Welfare State* era criticado e corroído pelo capitalismo financeiro no mundo desenvolvido, o Brasil, tardiamente, tentava construir um sistema de proteção social inspirado em alguns dos valores desses regimes, com todas as suas particularidades e dificuldades.

O Estado Social formalmente instituído em 1988 já estava na contramão da doutrina hegemônica em escala global. A centralidade do ajuste macroeconômico ortodoxo e da reforma liberal do Estado exigia a substituição do recém-implantado Estado Social pelo Estado Mínimo Liberal. A Constituição de 1988 era incompatível com a doutrina liberalizante e a contrarreforma exigia que fosse eliminado desse documento o capítulo sobre a “Ordem Social” (CALIXTRE e FAGNANI, 2017, p. 3)

De acordo com Viana e Machado (2008, p.646), a proteção social pode ser entendida como a forma de articulação entre Estado, mercados e sociedade para proteger os cidadãos dos riscos associados aos efeitos socialmente diferenciadores do mercado em um dado contexto histórico. Criar um sistema de proteção social seria um grande desafio a ser superado pelo Brasil, principalmente considerando a conjuntura político econômica local e mundial instalada à época. No caso da saúde, decidir por um sistema de caráter universal em um país de tamanha magnitude como o Brasil não é trivial.

A experiência do Brasil na criação do *Welfare State* teve seu lado positivo quando se trata da elaboração e positivação de direitos sociais. Entretanto, a manutenção de um sistema de proteção social, diante de um sistema econômico global pautado na lógica impiedosa do capitalismo neoliberal selvagem, é um dos fatores fundamentais para sustentabilidade e garantia dos direitos adquiridos. A constante pressão capitalista focada em um Estado mínimo e abertura de mercado apregoadas mundialmente é desproporcional com a tentativa de um frágil e recém criado sistema de proteção social que tenta superar as dificuldades e se estabelecer.

A ausência de mecanismos que permitam a continuidade de um *Welfare State* é uma tarefa desafiadora que, no caso brasileiro, não foi cumprida. Esta lacuna é refletida na ineficiência e, em muitos casos, no fracasso de muitas políticas sociais que, apesar dos fundamentos constitucionais, não conseguem resolver, de fato, os problemas e condições sociais para os quais foram elaboradas. Calixtre e Fagnani argumentam (2017, p. 3) que ao contrário do caso clássico do capitalismo de bem-estar nos países centrais, não se criou uma macroestrutura garantidora de direitos sociais. Aqui, em vez de sinergia, criou-se antagonismo.

A mudança de um Estado mínimo para um Estado interventor capaz de criar formas e alternativas para suprir as lacunas sociais exige que este mesmo Estado desenvolva capacidades inerentes às mais complexas demandas sociais. A Constituição Federal de 1988 trouxe um grande desafio ao Estado ao estabelecer os direitos sociais quando afirma no artigo 6º do capítulo II “Dos Direitos Sociais” que descreve os direitos sociais como a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL,1988).

No entanto, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, intensificou-se o movimento contrário ao texto constitucional, principalmente no que se refere aos direitos sociais, movimento este conhecido como “contra reforma”. Nesse sentido, desencadeou-se forte oposição à política social com riscos à sua extinção, apesar de sua legitimidade.

Dentre as múltiplas manobras, destaca-se a Emenda Constitucional que implantou o “Fundo Social de Emergência” (atual Desvinculação das Receitas da União – DRU), que possibilitou que a área econômica passasse a capturar 20% das fontes de financiamento da política social constitucionalmente asseguradas em 1988 (CALIXTRE e FAGNANI, 2017, p. 5)

A empreitada do *Welfare State* em criar políticas públicas para o atendimento às mais diversas demandas sociais trouxe à tona uma importante questão sobre a sustentabilidade deste sistema de proteção e bem estar social. A manutenção de políticas sociais requer o aporte crescente de recursos, pois não se trata de um elemento estático, mas dinâmico, exigindo que os gastos públicos acompanhassem esse movimento.

No caso das políticas sociais de saúde, particularmente, o campo possui peculiaridades diversificadas, com um conjunto de fatores complexos como, por exemplo, aspectos relacionados às transformações sociais e demográficas, sazonalidades, epidemias, mudanças no padrão e perfil epidemiológicos das doenças, que exigem investimentos variados, crescentes e constantes em tecnologias, pesquisas, infraestrutura, recursos humanos, entre outros, o que aumenta sobremaneira os gastos.

A conjuntura econômica, política e social recente traz à tona uma importante e preocupante questão: o retrocesso das políticas sociais e direitos conquistados até então. Não bastasse o cenário de crise, austeridade fiscal e perda de legitimidade, é perceptível o comprometimento e descontinuidade de políticas sociais antes consideradas prioritárias. Uma vez comprometidas as políticas sociais, abrem-se precedentes para intervenção do mercado, pois onde o governo não intervém, o mercado se coloca para preencher a lacuna.

Nesse sentido, é necessário que sejam criados os mecanismos necessários para que as políticas sociais subsistam independentemente dos cenários que se apresentem e dos governos em exercício. Deve-se, portanto, estabelecer as políticas sociais como estratégias institucionalizadas de Estado, a fim de que haja a

continuidade dessas políticas em detrimento dos mandatos eleitorais e dos conflitos políticos ideológicos, pois, somente assim, é possível se consolidar um Estado de Bem Estar Social.

Garantir a permanência das políticas sociais de saúde através do SUS é fundamental para que o acesso aos serviços e à assistência à saúde seja, de fato, um direito de todos os cidadãos brasileiros conforme explícito no texto constitucional, principalmente às classes menos favorecidas da sociedade. Retrocessos significam voltar às perversas iniquidades e exclusão que ocorreram, e de certa forma, ainda ocorrem na história de construção do sistema que vemos hoje.

O SUS, apesar de todos os problemas e fragilidades, é, sem dúvida, uma conquista de todos os brasileiros e deve ser aprimorado para que possa cumprir de forma efetiva, eficaz e eficiente com o seu papel de um sistema universal de saúde. Como afirmam Viana e Machado (2008, p.646), a persistência de graves desigualdades em saúde, registradas sob várias perspectivas de análise - do gasto social, do acesso aos serviços, dos resultados sanitários, entre outros, colocam o SUS como um sistema ainda em construção cujas características se mostram incompatíveis com uma lógica de proteção social abrangente, tal como havia sido defendida pelo movimento sanitário. Para isso, é preciso que a sociedade exerça o poder de cidadania exigindo e fiscalizando o que lhe é de direito.

Infelizmente, o Brasil traz em seu histórico práticas que ainda caracterizam a administração pública brasileira e que comprometem significativamente o desempenho desta no planejamento e gestão das políticas públicas. Patrimonialismo, clientelismo, nepotismo, entre outras, são algumas dessas práticas que influenciam diretamente no ciclo das políticas públicas no Brasil. Na maioria das vezes, a captura de determinada política por interesses privados e *lobbies* acaba por modificar os objetivos previamente determinados, comprometendo drasticamente os resultados dessas políticas, que não conseguem promover as transformações e mudanças para as quais foram formuladas.

Típica do patrimonialismo aplicado à gestão pública – traço este que, aliás, reproduz-se e mantém-se presente até hoje – é a ausência de separação nítida entre as esferas pública e privada na administração cotidiana do Estado, fato este que chancela práticas de gestão segundo as quais a esfera pública é tida como extensão da esfera privada, cujos códigos, normas e valores dão o tom para a condução pragmática da coisa pública (CARDOSO JR, 2011, p. 16)

Dessa maneira, para que o Brasil reduza suas desigualdades de forma que o acesso aos serviços públicos seja, de fato, para todos os brasileiros é necessário seja estabelecida uma cultura de essência coletiva voltada ao desenvolvimento em uma perspectiva de bem estar social com intensa participação da sociedade na proposição e construção das políticas, promovendo o desenvolvimento econômico e social e o SUS poderia ser uma experiência nesse sentido.

O processo histórico de construção e consolidação da proteção social de saúde no Brasil foi marcado por lutas e grandes dificuldades. Para Paim et al (2011, p. 16), na verdade, o sistema de proteção social brasileiro somente conseguiu sua expansão durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84).

Ainda nos anos 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs caracterizados por reunir categorias profissionais que os financiavam por meio de contribuições dos trabalhadores e empregadores. Dessa forma, o histórico da saúde no Brasil é marcado grandes desigualdades e restrição de acesso aos serviços mais básicos, principalmente porque apenas os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho tinham acesso aos serviços de saúde, já que o sistema tinha um caráter contributivo. De acordo com Paim et al (2011, p. 14), o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho.

Nesse período, o processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem a participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura (PAIM et al, 2011, p. 17)

O modelo de assistência à saúde adotado nesse período além de cobrir apenas uma parcela específica da população tinha seus reflexos negativos na qualidade e no acesso aos serviços de saúde por aqueles não integrados no sistema formal de trabalho, era caracterizado por iniquidades e fortes desigualdades. Ainda na visão de Paim et al, (2011, p. 17), as pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta

inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços privados pagos do próprio bolso.

De acordo com Rodrigues (2011: p. 87,88)

A saúde figurava com destaque entre os principais problemas sentidos pela população. Pouco a pouco, as debilidades do modelo brasileiro de saúde pública foram ficando claras para os setores crescentes da população. As principais características desse modelo eram: a) a exclusão de grande parte da população em relação ao acesso aos serviços de saúde; b) ênfase numa orientação assistencial e curativa de ações e serviços de saúde; c) falta de coordenação entre as ações e serviços desenvolvidos pelos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, além das secretarias estaduais e municipais de saúde; d) fortalecimento do setor privado na saúde, por meio de uma série de políticas públicas.

Em um cenário de crise econômica, neoliberalismo e mudanças nas perspectivas mundiais sobre o *Welfare State*, inicia-se no Brasil um movimento social para reforma do modelo de assistência à saúde vigente. A manutenção de um sistema de proteção social em momentos de crise suscitou questionamentos sobre a capacidade de sustentação deste sistema. Entretanto, mesmo estando na contramão do mundo e enfrentando fortes oposições, principalmente do setor privado, o movimento pela reforma ganhou força com a participação e mobilização de diversos segmentos da sociedade.

O movimento conhecido como reforma sanitária foi um fator importante, fundamental e indutor para a consolidação do sistema de proteção social em saúde no Brasil. A década de 1980 foi um cenário de luta dos reformistas para a transformação do modo precário como o Estado brasileiro conduzia a assistência à saúde no país. A proposta ideológica colocava a saúde como questão social e política a ser abordada nos espaços públicos. Além disso, de acordo com Paim et al, (2011, p. 18), o Centro de Estudos de Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO foram o sustentáculo institucional que alavancou o processo de reforma.

A proposta de reforma sanitária brasileira surgiu e foi vitoriosa num momento em que o regime militar entrou em crise e começou a transição para a democracia. Nesse período, particularmente entre os anos de 1979 e 1988, o país viveu uma clima de grande mobilização política pela democracia, que favoreceu a crítica ao sistema de saúde vigente até então (RODRIGUES, 2011, p. 87)

O ápice desse movimento se revelou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e contou com a participação de intelectuais, ativistas e representantes da sociedade civil. A proposta da reforma sanitária quatro anos antes da 8ª CNS tinha duas perspectivas: saúde como direito e não como dádiva e participação da sociedade civil organizada, profissionais e trabalhadores da saúde (PAIM, 2008, p.92).

Paim, (2008, p.100), afirma que a 8ª CNS foi um evento que contou com a participação de representantes de vários seguimentos sociais incluindo intelectuais da área e teve por objetivo principal a discussão da proposta da reforma sanitária brasileira com base em três pilares fundamentais: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al, 2011, p. 18).

Como reflexo do movimento da reforma sanitária e das discussões da 8ª CNS, e em meio a oposições, foi promulgada no ano de 1988 a Constituição Federal Cidadã, consolidando e positivando os ideais reformistas:

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013, p. 1928).

Nesse sentido, a CF de 1988 representou um marco e proporcionou uma importante inflexão na visão do Estado e na forma de produzir políticas públicas de saúde no Brasil. A proposta de acesso universal não contributivo trouxe transformações sociais significativas, pois permitiu que milhões de pessoas tivessem o acesso aos serviços de saúde mesmo não estando inclusas no mercado formal de trabalho. Nasce, então, o Sistema Único de Saúde, o SUS.

A Constituição de 1988 estabeleceu as bases de um pacto social inédito, que ao mesmo tempo conclui o rompimento com a matriz corporativista de tipo bismarckiano criada em 1933 e definiu um projeto de proteção social-democrata. O projeto de welfare state definido em 1988 é único na América Latina e sem paralelo entre os demais países da periferia do sistema capitalista. O seu maior símbolo é o SUS, que, pela primeira vez, aponta claramente no sentido de uma política social de caráter universal e pública (RODRIGUES, 2011, p. 73)

(...) a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a unificação dos serviços públicos, assim como a universalização do acesso a eles. Além disso, organizou sua oferta de forma descentralizada, com a participação pactuada dos diversos níveis de governo: União, estados e municípios (...) (CASTRO, 2011, p. 74).

Apesar do avanço da saúde pública brasileira com a criação do SUS, ainda são perceptíveis diversos problemas que comprometem, de fato, a essência universalizante que caracteriza o sistema. Como afirma Paim (2013, p. 1933), ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Considerando a magnitude demográfica e territorial de um país como o Brasil, as diferenças e contrastes econômicos, sociais, culturais e até mesmo a forma como se adoece nas diferentes regiões traz à tona um grande desafio a ser superado pelo Sistema Único de Saúde, o que requer medidas políticas estruturantes e capazes de consolidar um sistema de saúde à altura desse desafio.

Entretanto, é perceptível uma significativa imaturidade e fragilidade nos aspectos relacionados à gestão e planejamento do sistema, principalmente em nível local. Muitos dos gestores responsáveis pela pasta nos municípios não detêm os conhecimentos necessários para condução e administração do sistema. Além disso, interesses eleitorais e particulares, assistencialismo e clientelismo são alguns dos grandes obstáculos para o sucesso do SUS, comprometendo a qualidade, continuidade e resolutividade dos serviços. Nesse sentido, Arretche (2003, p. 332), afirma que é certo que novos mecanismos de gestão serão introduzidos no SUS, pois o processo de construção do desenho institucional de uma política nunca acaba.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde ainda é um sistema em construção que precisa de melhorias e ajustes. Problemas relacionados ao acesso, infraestrutura, assistência, recursos humanos, etc. ainda são frequentes nos estabelecimentos públicos de saúde e são constantemente alvos da crítica midiática. Viana e Machado (2008, p. 646), dizem que mesmo com os avanços político-institucionais e de expansão

do acesso da população às ações e serviços de saúde, o sistema de saúde brasileiro, duas décadas após a Constituição, ainda apresenta problemas sérios, incoerentes com os preceitos da Seguridade e do SUS.

A idéia de *universalização restrita* abordada por Cardoso Jr (2011: p. 31) reflete exatamente o atual estágio do sistema de proteção de saúde brasileiro representado pelo SUS, pois apesar da proposta inicial de universalização de cobertura e de atendimento à população explicitado no texto constitucional, ainda não podemos afirmar que a política de saúde tal qual idealizada pela reforma sanitária foi de fato colocada em prática. Fragilidades e incoerências são facilmente identificáveis quando se trata de facilidade de acesso e qualidade das ações e serviços de saúde no Brasil.

2.3. Saúde e Desenvolvimento

A qualificação e aprimoramento do SUS é uma questão diretamente relacionada ao processo de desenvolvimento do país. Restringir o processo de desenvolvimento apenas aos aspectos puramente econômicos e voltados à indústria e aumento da produção é um equívoco, pois não há desenvolvimento de fato sem políticas sociais que garantam bem estar e qualidade de vida à população. Um projeto de desenvolvimento baseado apenas na lógica liberal e perversa do capitalismo somente contribuirá para a reprodução de desigualdades e exclusão. Para Gadelha, (2007, p. 2), neste aspecto, as políticas sociais, como, neste caso, a saúde, são essencialmente necessárias para a promoção social e desenvolvimento do país. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido com saúde precária.

As condições de saúde de uma determinada população pode refletir o seu nível de desenvolvimento. A disposição de um determinado governo de investir na qualidade de vida e saúde de sua população expressa o interesse pela promoção do seu próprio desenvolvimento, pois se torna inviável alcançar novos patamares econômicos sem associar as políticas sociais de saúde em um projeto integrado de desenvolvimento. Ainda na visão de Gadelha (2007, p. 3), a saúde passa a ser vista como algo positivo porque aumenta produtividade e gera desenvolvimento econômico, não como um segmento da estrutura econômica, mas apenas como uma área social que, indiretamente, favorece o capital humano.

Nesse sentido, podemos concluir que uma população que possui acesso a bens e serviços de saúde de qualidade capazes de satisfazer suas necessidades através de um sistema de proteção efetivo, tende a consolidar sua potencialidade para o desenvolvimento. Além disso, de acordo com Gadelha (2007, p.2), a saúde vem conquistando crescente em diversos campos de pesquisas, ganhando expressão internacional na Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos estudos apoiados demonstram a clara relação entre as condições de saúde da população e sua capacidade de desenvolvimento econômico.

De acordo com Amartya Sen, prêmio Nobel de Economia 1998, as variadas formas de liberdades são fundamentais e imprescindíveis para o desenvolvimento, pois empoderam as pessoas e lhes conferem capacidades de inclusão e participação nos processos produtivos, promovendo melhorias nas condições de vida e desenvolvimento. Dessa forma, oportunidades sociais, como, neste caso, o acesso a serviços de saúde de qualidade, é condição elementar para se trilhar o caminho do desenvolvimento.

liberdades não são apenas os fins primordiais do desenvolvimento, mas também os meios principais. Além de reconhecer, fundamentalmente, a importância avaliatória da liberdade, precisamos entender a notável relação empírica que vincula, umas às outras, liberdades diferentes. Liberdades políticas (na forma de liberdade de expressão e eleições livres) ajudam a promover a segurança econômica. Oportunidades sociais (na forma de serviços de educação e saúde) facilitam a participação econômica. Facilidades econômicas (na forma de oportunidades de participação no comércio e na produção) podem ajudar a gerar a abundância individual, além de recursos públicos para os serviços sociais. liberdades de diferentes tipos podem fortalecer umas às outras (SEN, 2000, p. 25,26)

A discussão que aborda a saúde em uma perspectiva estritamente setorial reforça a concepção de que a saúde não tem relação com o desenvolvimento econômico. Entretanto, ao ser inserida em um contexto mais amplo e estruturante de um projeto de desenvolvimento nacional, é possível correlacionar saúde com o desenvolvimento econômico e social. A proposta de incluir a temática do desenvolvimento no presente trabalho não objetiva confundir saúde com desenvolvimento, ao contrário, trazer à tona a grande importância que o setor detém para que, dentro de uma estratégia, contribuir para o desenvolvimento do país. Com isto, de acordo com Gadelha (2007, p.12), supera-se o tratamento “insulado” e setorial

da saúde e o debate (restrito) em torno de sua funcionalidade para o crescimento, inserindo a área de modo endógeno no debate político sobre o padrão de desenvolvimento desejado para o país.

O Brasil é conhecido por sua diversidade cultural, social e econômica que caracterizam suas várias regiões. As fortes disparidades entre as regiões também têm seu reflexo na capacidade estrutural e assistencial do sistema de saúde. Enquanto em algumas regiões há farta mão de obra, grandes complexos de tecnologias e estabelecimentos de saúde, em outras a situação é inversa com escassez de profissionais da área grandes vazios assistenciais, deixando a população sem o acesso aos serviços. Gadelha (2007, p.13) afirma que não somos apenas atrasados frente aos países desenvolvidos, somos um país com desigualdades regionais internas das mais expressivas do mundo.

O reconhecimento dessas desigualdades regionais deve ser o ponto de partida para os planos de desenvolvimento locoregionais sejam elaborados de forma justa e isonômica. Neste aspecto, Gadelha (2007, p.14), propõe que a organização política da saúde tanto reflete e reforça as desigualdades existentes quanto constitui um espaço estratégico de fortalecimento da organização da sociedade, sendo notório seu potencial para gerar participação democrática e arranjos sociais com potencial transformador.

Dessa forma, para avançarmos no tema do desenvolvimento nacional é preciso elencar as potencialidades acumuladas ao longo dos anos, reconhecendo as diferenças regionais e utilizando as ferramentas de planejamento e gestão com conteúdo estratégico, a fim de desenhar o Brasil que queremos no futuro. Nesse prisma, o setor saúde pode contribuir com o desenvolvimento nacional a partir do reconhecimento de sua importância e potencialidade para contribuir com as transformações estruturais que o Brasil tanto precisa.

(...) articular saúde e desenvolvimento “para valer” remete para a necessidade de pensar o padrão geral de desenvolvimento brasileiro e como ele se expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Isto não constitui uma perda de foco sobre o tema saúde, mas sim reconhecer que somos parte de um determinado sistema capitalista, de um país periférico e dependente e com uma estrutura social e econômica desigual e com fragilidades estruturais marcantes (GADELHA, 2007, p.14)

Vale ressaltar que a saúde possui duas vertentes que estão diretamente ligadas ao desenvolvimento, uma como parte do sistema de proteção social, constituindo um direito de cidadania inerente ao próprio conceito de desenvolvimento e a outra, a base produtiva em saúde – de bens e serviços – que constitui um conjunto de setores de atividade econômica que geram crescimento e possuem uma participação expressiva no PIB e no emprego (GADELHA, 2007, p.11). O número de empregos gerados pelo setor, o consumo de bens e serviços produzidos, e uma série de outros fatores colocam o setor da saúde como um importante catalizador de crescimento e desenvolvimento.

A agenda de saúde tem que sair de uma discussão intrínseca, insulada e intra-setorial e entrar na discussão do padrão do desenvolvimento brasileiro. Ou seja, a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade. A saúde, nesta perspectiva, se torna parte endógena de discussão de um modelo econômico de desenvolvimento (GADELHA, 2007, p.8)

Além de uma proposta ambiciosa de estratégia de desenvolvimento que inclua em seu escopo o setor da saúde, o Brasil precisa melhorar os aspectos relacionados à gestão e planejamento que são fundamentais para os processos de monitoramento e acompanhamento das ações a serem implementadas. Ainda existem uma certa incompreensão conceitual sobre planejamento e gestão que também precisam ser trabalhadas para que essas ferramentas sejam utilizadas de forma a permitir o alcance dos resultados estabelecidos. A gestão não deve sobrepor ao planejamento, mas um planejamento sem uma gestão eficaz também pode gerar dificuldades.

No Brasil, o planejamento e ações do Estado são restritos a um período de 4 anos através do Plano Plurianual - PPA, cujas ações e programas estão vinculados ao orçamento. Na visão de Cardoso Jr (2011, p. 13), apesar da utilização de ferramentas de planejamento como o PPA, o Brasil ainda continua na tentativa de promover o desenvolvimento sem direcionamento estratégico em uma perspectiva de curto e médio prazos, quando, na verdade, deveria construir uma proposta de desenvolvimento de longo prazo associado a uma gestão eficiente, já que planejamento é atividade altamente intensiva em gestão, daí que planejamento sem gestão adequada é processo especialmente sujeito a fracassos e discontinuidades de várias ordens.

Infelizmente o Brasil ainda não alcançou a maturidade necessária para propor uma estratégia nacional de desenvolvimento capaz de induzir uma transformação estrutural nas diversas dimensões do desenvolvimento. Entretanto, mesmo em um cenário complexo e uma conjuntura desfavorável, podemos fazer da crise uma oportunidade de construção de novos caminhos e possibilidades para a nação brasileira.

Torna-se necessário que as energias mobilizadoras da sociedade brasileira sejam motivadas por novas utopias e projetos de país. Na realidade, após a crise do padrão de desenvolvimento do pós-guerra e das experiências neoliberais na política nacional, o momento se mostra adequado para se recolocar as bases de um novo pacto político, social e econômico, pensando-se a retomada da perspectiva de se construir um Estado de Bem Estar contemporâneo no país, que recupere as antigas promessas jamais implementadas e que enfrente os novos desafios (GADELHA, 2007, p.14)

O SUS como política social de saúde, mesmo com suas inconsistências e fragilidades, tem esse papel de prover a sociedade brasileira de condições de acesso, assistência e tratamento de saúde. Um país é construído e desenvolvido com a força de seu povo e cuidar desse povo é um dos desafios do SUS. A seguridade social é um fator básico de cidadania, e a saúde, que a integra, é parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento (BRASIL, 2012, p. 39)

O termo Seguridade Social é um conceito estruturante das políticas sociais cuja principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado (DELGADO, JACCOUD e NOGUEIRA, 2009, p. 21)

3. O OBJETO E O MÉTODO DE ANÁLISE

3.1 O Programa SAMU 192

O processo de implementação de determinada política pública é sempre um desafio para os gestores, pois é nessa etapa do ciclo da política que, de fato, esta se concretiza na prática. Para Saraiva e Ferrarezi (2006, p. 34), trata-se da preparação para pôr em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão executá-la. Além disso, o sucesso dessa implementação está diretamente relacionada ao seu desenho e às articulações e configurações que são elaboradas ainda na fase de planejamento com os atores de interesse na política.

Nesse sentido, a capacidade de articulação e coordenação entre atores, bem como dos processos envolvidos é o que define o arranjo institucional da política e a capacidade do Estado de colocar em prática políticas públicas em atendimento à determinada demanda e/ou lacuna social. De acordo com Pires e Gomide (2014, p.21), são os arranjos institucionais que dotam o Estado das habilidades necessárias para implementar seus objetivos e são as regras, processos e mecanismos instituídos pelos respectivos arranjos de implementação que vão explicar o resultado alcançado por cada política pública.

Compreender o processo das políticas públicas requer aprofundar o olhar nos arranjos institucionais que dão sustentação à implementação destas. O conceito de arranjo institucional é entendido como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica. São os arranjos que dotam o Estado de capacidade de execução de seus objetivos. Ou, em outras palavras, são os arranjos que determinam a capacidade do Estado de implementar políticas públicas (PIRES E GOMIDE, 2014, p.20).

Dessa maneira, a capacidade de gerar resultados efetivos a partir da implementação de políticas públicas, modificando realidades e atendendo expectativas sociais, está diretamente relacionada aos arranjos elaborados para cada política, principalmente no que se refere à habilidade em orquestrar os diversos atores e interesses envolvidos em direção a um mesmo objetivo. Além disso, um aparato técnico-burocrático qualificado e bem estruturado é fundamental para a gestão e

coordenação dessas políticas, possibilitando o alcance dos resultados esperados de forma eficiente, eficaz e efetiva.

No contexto democrático, entende-se que tal capacidade pode ser entendida a partir de dois componentes: o técnico-administrativo e o político. O primeiro deriva do conceito weberiano de burocracia, contemplando as competências dos agentes do Estado para levar a efeito suas políticas, produzindo ações coordenadas e orientadas para a produção de resultados. O segundo, associado à dimensão política, refere-se às habilidades da burocracia do Executivo em expandir os canais de interlocução, negociação com os diversos atores sociais, processando conflitos e prevenindo a captura por interesses específicos (PIRES E GOMIDE, 2014, p.20)

Com o objetivo de aumentar a capacidade de atendimento aos usuários do SUS, algumas políticas sociais de saúde vêm sendo criadas a partir de arranjos elaborados e articulados para preencher as lacunas assistenciais e estruturais do sistema. No caso da política nacional de urgência, que trata este trabalho, podemos citar a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU 192) criado em 2003 e as Unidades de Pronto Atendimento – (UPA 24h) criadas em 2008 (PAIM et al, 2011, p. 17). Essas, entre outras políticas, conferiram ao SUS um aumento de capacidade de atendimento em um nó crítico da saúde no Brasil, o serviço de atenção às urgências.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU 192) é uma política tripartite desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com os Governos Estaduais e Prefeituras Municipais cujo objetivo principal é prestar assistência móvel no nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência.

De acordo com o inciso I do artigo 40º, Seção I, “Das Definições”, da Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017, o SAMU 192 é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que 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, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL,2017).

É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário, por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento. O SAMU 192 apresenta um componente regulador (a Central de Regulação de Urgências - CRU) e

um componente assistencial (a equipe das Unidades Móveis de Saúde), as quais podemos citar as Unidades de Suporte Avançado – USA, Unidades de Suporte Básico – USB, Motolâncias, Ambulanchas e Aeromédico.

As Centrais de Regulação - CRU são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 01 – Fluxo de Atendimento do SAMU 192



As Bases Descentralizadas – (BD) se constituem infraestruturas que garantem 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, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Essas Bases permitem que a Central de regulação desloque de forma mais rápida uma Unidade Móvel para atender a uma chamada de acordo com a localização.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017, as despesas de custeio para a manutenção do SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada entre a União (50%), Estados (no mínimo 25%) e Municípios (até 25%) . Os valores referentes à parcela da União são definidos conforme a quantidade de unidades móveis habilitadas e em funcionamento e são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS automaticamente aos Fundos de Saúde dos Estados ou Municípios que administram o SAMU 192 (transferências fundo a fundo). Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à gestão do SAMU 192. Devido às peculiaridades geográficas e socioeconômicas da região da Amazônia Legal, os municípios localizados nessa área têm o direito de acréscimo de 30% sobre o valor base.

Após habilitação pelo Ministério da Saúde o serviço passa a receber recurso de custeio para a manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência. Entretanto, a normativa prevê uma série de requisitos que deverão ser observados pelo gestor local para a continuidade dos repasses. Irregularidades e não conformidades constatadas por órgãos de controle e auditoria ou mesmo por visita técnica feita pelo Ministério poderão, caso não sejam sanadas, ensejar a suspensão dos repasses até a completa regularização do serviço.

O cumprimento das diretrizes e configurações mínimas estabelecidas pela normativa vigente para o funcionamento e operacionalização do SAMU 192 é fundamental para que os objetos da política sejam efetivamente alcançados. Dessa forma, é necessário que toda infraestrutura física, operacional e de Recursos Humanos

estejam adequadas aos padrões mínimos exigidos e que sejam compatíveis com a demanda local onde o serviço está sendo implementado.

Considerando a complexidade que envolve o processo de produção e implementação de políticas públicas, bem como a coordenação em âmbito nacional, aponta para a necessidade de capacidades do Estado. Segundo Pires e Gomide, (2016, p. 126), na análise dos arranjos institucionais das políticas públicas estaria uma chave para identificar e analisar as capacidades estatais e é nesta perspectiva que se desenvolveu este estudo.

3.2. Metodologia e Fontes de Informação

Pesquisas de caráter avaliativo de políticas públicas adquirem relevância na medida em que, a partir de seus resultados, é possível analisar as potencialidades e fragilidades das políticas, apontando caminhos para as melhorias e aprimoramentos necessários dessas políticas e favorecendo as capacidades do Estado em suas ações junto à sociedade.

A presente pesquisa se baseou nas principais constatações dos Relatórios de Auditoria e Fiscalização do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS e da Controladoria Geral da União – CGU, hoje Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, com o intuito de avaliar os arranjos de implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 em Municípios de todos os Estados da Federação entre os anos de 2010 a 2017 elencando as principais dificuldades para implantação e funcionamento do programa no território brasileiro.

Apesar da disponibilidade dos relatórios nos sites, houve uma significativa dificuldade em localizar os documentos no site do DENASUS, pois o mecanismo de busca não permitiu filtrar por tema ou assunto, o que demandou exaustivo trabalho para identificar cada relatório referente ao programa. Diferentemente, no site da CGU, o sistema de busca permitiu o filtro por assunto, o que facilitou sobremaneira a localização imediata de todos os documentos relacionados à política em tela.

A elaboração estruturada desses documentos permitiu elencar os principais e mais recorrentes problemas de implementação e operacionalização de diversas políticas públicas no país, neste caso, o SAMU 192. Outro fator importante é que a

elaboração e estrutura desses documentos elaborados pela CGU e DENASUS são muito similares, o que facilitaria a análise e extração dos dados.

As constatações desses relatórios evidenciam irregularidades, inconsistências e não conformidades de variados aspectos das políticas públicas com fulcro nas diretrizes estabelecidas pelas normativas que criam e estabelecem os critérios mínimos para implantação e funcionamento desses programas. São realizados trabalhos de campo para averiguação de situações relacionadas à implantação e operacionalização do programa SAMU 192, tais como, estrutura física e operacional das Centrais de Regulação - CRU e Bases Descentralizadas - BD, Recursos Humanos, Contratações e Licitações, Repasses e Investimentos, Treinamentos e Capacitação das equipes, Manutenção das CRUs, BDs e Unidades Móveis, Seguro Contra Sinistro, entre outros. Todos esses itens estão descritos na portaria de criação do programa com as respectivas orientações e obrigações a serem cumpridas.

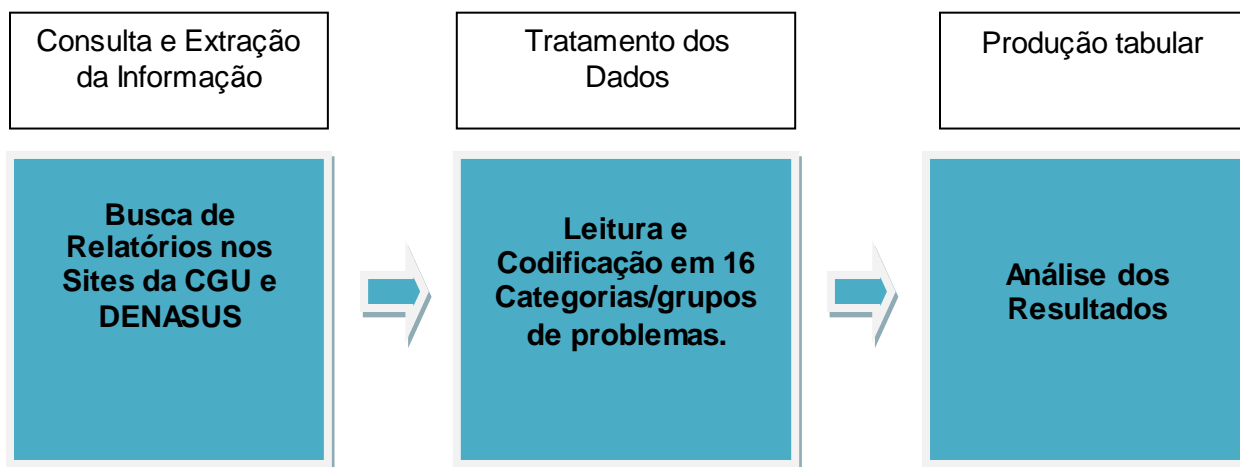
Uma vez constatados os fatos de irregularidades e descumprimento da normativa vigente, é dado ao gestor, em cumprimento ao princípio da ampla defesa e do contraditório, a oportunidade de manifestação e apresentação das respectivas justificativas que são avaliadas pelo órgão auditor podendo ser acatadas ou não. Após, são feitas recomendações necessárias que poderão ser direcionadas ao gestor municipal, estadual ou federal para as devidas providências. O conteúdo robusto desses relatórios permite ao pesquisador identificar temas relevantes e frequentes e inferir sobre seu conteúdo. De acordo com Jannuzzi (2011, p. 225):

Pesquisas de natureza qualitativo-documental com tal padronização de registros e volume expressivo de corpus podem se beneficiar de modo proveitoso das técnicas da Análise de Conteúdo. Em situações em que o pesquisador precisa identificar temas em um conjunto de documentos, computar frequências de termos e palavras em textos, examinar a relação e frequência simultânea entre esses termos nos textos, inferir o conteúdo semântico por trás dos parágrafos e, enfim, reduzir um texto discursivo a um conjunto de palavras-chave ou códigos estruturados, o emprego de técnicas da Análise de Conteúdo pode ser um bom encaminhamento metodológico.

Como a fonte de dados foram documentos de texto elaborados por órgãos de auditoria, o esforço se concentrou na identificação de informações de extrema relevância para o programa em questão que foram elencadas e distribuídas de forma padronizada de acordo com a frequência que apareciam nas constatações apontadas

pelos técnicos. Dessa forma, a técnica de Análise de Conteúdo foi utilizada nesta pesquisa devido à possibilidade desta em permitir uma interpretação estruturada – formal, padronizada, objetivada – de ideias, mensagens e conteúdo informacional presentes em documentos, textos, artigos ou corpus de modo geral (JANNUZZI e VALETTI, 2011, p. 226)

Figura 2 – Metodologia de Análise da Implementação do SAMU



No caso dos relatórios DENASUS, a descrição das constatações se dividem em “Conforme”, Inexistente e “Não Conforme”.

Nesse caso, foram consideradas todas as constatações classificadas como “Não conforme” e quando as justificativas apresentadas não foram acatadas. Entretanto, quando a justificativa foi acatada pelo órgão, a constatação foi descartada.

Quadro 1 - Incidência de Constatações DENASUS

ÓRGÃO	CONSTATAÇÕES	CONDIÇÃO	INCIDÊNCIA	%
DENASUS	“CONFORME”, “INEXISTENTE” e/ou “NÃO CONFORME” com justificativas acatadas.	Descartadas	606	62,54
	“NÃO CONFORME” sem acatamento de justificativas	Consideradas	363	37,46
TOTAL			969	

Semelhantemente, nos relatórios da CGU, a descrição das constatações é apresentada de duas formas, quais sejam, afirmações “Regulares” quando não são encontradas inconformidades e afirmações “Irregulares”, quando são observadas irregularidades no item fiscalizado. Nesse caso, foram consideradas todas as constatações descritas como “Irregulares” sem acatamento de justificativas pelos técnicos do órgão, todas as constatações consideradas regulares foram descartadas. No caso dos relatórios CGU, a descrição das constatações se dividem em “Regular”, Inexistente e “Irregular”:

Nesse caso, foram consideradas todas as constatações classificadas como “Irregular” e quando as justificativas apresentadas não foram acatadas. Entretanto, quando a justificativa foi acatada pelo órgão, a constatação foi descartada.

Quadro 2 Incidência de Constatações CGU

ÓRGÃO	CONSTATAÇÕES	CONDIÇÃO	INCIDÊNCIA	%
CGU	“Regular”, Inexistente ou “Irregular” com justificativas acatadas	Descartadas	318	59,66
	“Irregular” sem acatamento de justificativas	Consideradas	215	40,34
TOTAL			533	

O conjunto de municípios da pesquisa se baseou em 89 (oitenta e nove) relatórios de auditorias elaborados por técnicos do DENASUS e CGU em Municípios distribuídos por todos os Estados da Federação. Esta amostra teve o propósito de permitir uma inferência do universo do programa em questão em nível nacional. Além disso, procurou variar as regiões do país evidenciando diferenças socioeconômicas e de capacidade de gestão.

A partir da leitura dos relatórios de auditoria foi elaborada uma proposta de Classificação das constatações de ambos os órgãos. O Denasus tipifica os problemas identificados nas auditoriais em 44 constatações. A CGU usa outro conjunto mais amplo, com 63 constatações, para tipificação de problemas encontrados. Assim,

empreendeu-se um esforço de compatibilização dessas categorias e agregação das mesmas em um grupo mais restrito de problemas de implementação (Quadro 3).

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constatações Descritas por Órgão de Auditoria

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
1	Falhas Estruturais e de funcionamento	A estrutura física da BD do SAMU 192 não atende à legislação vigente	Deficiências identificadas na base descentralizada do SAMU 192
		O prédio do SAMU-192 está inadequado em relação ao Manual de Identidade Visual do Ministério da Saúde	Inadequação da estrutura física da Central de Regulação de Urgências
		Inexistência de área específica para lavagem e desinfecção das ambulâncias.	Problemas estruturais na Central de Regulação do SAMU em Rio Branco
		O mobiliário da sala de Regulação não seguem as orientações nas especificações do Mobiliário da Central SAMU-192.	Existência de ambulâncias do SAMU em desacordo com a configuração mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde
			Inadequação das condições de funcionamento das bases descentralizadas do samu
			Deficiências estruturais das bases descentralizadas e unidades móveis
			Número de estações de trabalho abaixo do especificado para a Central de Regulação
2	Ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis	O SAMU 192 possui 02 (duas) Unidades de Suporte Básico (USB) e 01 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) operando; e 01 (uma) Unidade de Suporte Básico (USB) destinada à reserva técnica, 01 (uma) Unidade Suporte Básico destinado à doação, todas com layout no Padrão MS-SAMU 192 e, ainda, possui 03 (três) motocicletas, sendo 01 (uma) motolância e 02 (duas) motos de apoio, onde os mesmos não possuem seguro contra sinistros.	Cobertura parcial do contrato de seguro contra sinistros para a frota do SAMU.
			Inexistência de seguro contra sinistros de veículos da frota do SAMU 192 gerida pela Secretaria Estadual de Saúde
			Inexistência de seguro contra sinistros de veículos da frota do SAMU 192
			Ausência de contrato de seguro das unidades móveis da frota do Samu

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constações Descritas por Órgão de Auditoria (Cont.)

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
3	Ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente	A BD do SAMU 192 não tem programa de educação permanente	Inexistência de um programa de capacitação permanente.
		O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 não demonstrou o Programa de Capacitação Permanente, bem como, não houve comprovação de capacitação para as equipes atuantes na Central de Regulação e unidades móveis.	Falta de capacitação prévia para os cargos de Motociclista Socorrista e Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM).
		Os membros das equipes da Unidade de Suporte Básico participaram de apenas uma capacitação no exercício 2013	Inexistência de programa de capacitação permanente para os profissionais em exercício no SAMU 192
			Não comprovação de capacitação prévia dos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) em exercício na Central de Regulação de Urgências
			Ausência de capacitação prévia dos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) em exercício na Central de Regulação de Urgências
			Inexistência de um programa de capacitação permanente
4	Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências	Inexistência de sistema de gestão informatizado na Sala de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 de Santarém	Ausência de utilização de software específico para auxílio às atividades de regulação
			Incapacidade de geração de relatórios eletrônicos de registros e atividades por parte do sistema informatizado em operação na Central de Regulação do SAMU Maceió
5	Ausência e/ou inconsistências de registros dos atendimentos realizados no SIA/SUS	O SAMU 192 não apresentou o Relatório Mensal do SIA/SUS sobre a produção da USB no período de julho a dezembro de 2014	Ausência de inserção de dados de produção individualizados, por unidade móvel, no sistema de informações ambulatoriais
		Não foi apresentado o Relatório mensal do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) sobre a produção da USB do SAMU 192	Inconsistências nos dados informados no SIA/SUS

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constações Descritas por Órgão de Auditoria (Cont.)

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
6	Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo	O quantitativo de plantonistas da BD do SAMU 192 é divergente daquele preconizado.	Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Rádio Operadores (RO) contratados irregularmente como estagiários
		As categorias profissionais do SAMU 192 apresentam vínculos empregatícios precários	Insuficiência de profissionais na Central de Regulação de Urgências.
		Dentre as categorias profissionais existentes, não apresentam vínculo empregatício/SMS, por meio de concurso público	Carga horária declarada para o cargo de Médico Regulador abaixo do mínimo exigido.
		A Sala de Regulação Médica do SAMU 192 não possui o quantitativo mínimo de recursos humanos necessários para atender à região de abrangência do referido serviço	Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Rádio Operadores (RO) contratados irregularmente como estagiários
		Ausência de farmacêutico, responsável técnico da farmácia da UBS, que armazena e distribui os medicamentos para o SAMU 192	Falta de controle quanto a folha de ponto dos profissionais de saúde ligados ao SAMU.
			Insuficiência de profissionais em exercício na Central de Regulação médica de urgências do SAMU 192.

7	Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos	Utilização dos recursos destinados ao custeio da BD do SAMU 192 no Pagamento de profissionais médicos não atuantes no SAMU 192	Desvio de Finalidade na aplicação de R\$ 5,3 milhões provenientes do Fundo Nacional de Saúde
		Pagamento de combustível da USB do SAMU 192 acima dos quilômetros realizados por ela sem a devida comprovação das despesas.	Desvio de finalidade na aplicação de recursos do SAMU 192
		O Secretário de Saúde não é ordenador de despesas, não assina os cheques, nem é o responsável pelo gerenciamento e movimentação das contas que compõem o Fundo Municipal de Saúde	Pagamento por serviços de manutenção de veículos que não constam da relação oficial de ambulâncias do SAMU.
			Desvio de finalidade na utilização de unidades móveis do SAMU 192
			Apesar de disponíveis, os recursos financeiros do SAMU não estão sendo aplicados em ações para a manutenção da frota e de equipamentos, acarretando perda na qualidade dos serviços prestados à população
		Desvio de finalidade na aplicação de recursos federais no montante de R\$ 67.694,35, devido a aquisições de materiais e contratações de serviços que não possuem relação exclusiva com o atendimento móvel de urgência e emergência.	

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constatações Descritas por Órgão de Auditoria (Cont.)

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
8	Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual	A Secretaria Municipal de Saúde, através do FMS, não contribui com a contrapartida municipal nas despesas do SAMU 192.	Falta de comprovação da contrapartida municipal para custeio do SAMU 192
		Contrapartida estadual do SAMU 192 em atraso	Aplicação da contrapartida estadual para o custeio do SAMU 192 em valores inferiores ao modelo pactuado
			Irregularidades na aplicação da contrapartida estadual para o custeio do SAMU 192, deixando de aplicar, no mínimo, R\$ 955.159,73. Impossibilidade de avaliação do modelo de financiamento tripartite pactuado.
			Impropriedades na aplicação da contrapartida estadual para o custeio do SAMU 192.
09	Ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos	Ausência de manutenção preventiva dos equipamentos da USB do SAMU 192.	Elevadas despesas com manutenção das ambulâncias sem a devida comprovação de sua necessidade
		O Contrato de Manutenção das Unidades Móveis não contempla de maneira efetiva a manutenção preventiva.	Inexistência de contrato de manutenção preventiva e corretiva de veículos da frota do SAMU 192.
		Inexistência de contrato de manutenção preventiva e corretiva da Unidade Móvel de Suporte Básico	Impropriedades no processo licitatório para contratação de serviços de manutenção, assistência técnica e fornecimento de peças
10	Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)	Ausência de encaminhamento do RAG ao Conselho Municipal de Saúde	Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013 com informações insuficientes sobre o SAMU.
		Inexistência de informações acerca do Quantitativo de Unidades Móveis do SAMU 192 no Relatório Anual de Gestão 2013 da Secretaria Municipal de Saúde.	Ausência de prestação de contas dos recursos destinados ao SAMU 192 no Relatório Anual de Gestão de 2013.
			Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013 com informações insuficientes sobre o SAMU.

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constatações Descritas por Órgão de Auditoria (Cont.)

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
11	Ausência e/ou inconsistências de registros no CNES (profissionais, Unidades Móveis, CRUs, etc.)	Cadastro da BD do SAMU 192 no CNES está desatualizado e/ou discordante da documentação fornecida pelo serviço	Número significativo de profissionais de saúde não cadastrados no CNES
		O serviço SAMU 192 apresenta divergência entre os números de profissionais constantes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Escalas de serviços das diversas categorias profissionais/SAMU, em 2014.	Ausência de registros no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de dois veículos do SAMU 192
			Ausência de cadastro das unidades móveis no cnes
			Ausência de registro no CNES dos profissionais em exercício na Central de Regulação de Urgências
			Número significativo de profissionais de saúde não cadastrados no CNES
12	Ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento	A USB do SAMU 192 não tinha cilindro de oxigênio portátil no momento da vistoria pela equipe de auditoria	Número de estações de trabalho abaixo do especificado para a Central de Regulação.
		A área de abrangência do SAMU 192 não tem cobertura total de comunicação, assim como a região não oferece condições de trafegabilidade à USB.	Inadequação do sistema de telefonia utilizado na Central de Regulação de Urgências
		O uniforme utilizado pelos membros da equipe do SAMU 192 não está adequado ao padronizado pelo MS.	Inadequação do sistema de telefonia utilizado na Central de Regulação de Urgências.
		O sistema de telefonia da Sala de Regulação Médica do SAMU 192 possui número de aparelhos telefônicos insuficientes e dificuldades operacionais, apesar do número de linhas telefônicas serem suficientes	Condições de funcionamento inadequadas do Sistema de Comunicação via rádio das unidades móveis do SAMU 192
		O Serviço SAMU 192 não disponibiliza os uniformes padronizados às equipes das unidades móveis	Macas retidas nas unidades de saúde paralisam atendimento no SAMU
		O Serviço SAMU 192 apresenta insuficiente abastecimento de materiais e medicamentos, e manutenção de equipamentos médicos	
		O sistema de radiocomunicação não permite comunicação direta com unidades	

Quadro 3 – Categorias de Problemas de Implementação e Compatibilização de Constações Descritas por Órgão de Auditoria (Cont.)

ORDEM	GRUPO	DENASUS	CGU
13	Irregularidades em contratos e processos licitatórios	.Procedimentos licitatórios realizados em desacordo com a Lei 8.666 de 21/06/1993 e com o Decreto nº 5.450 de 31/05/2005.	Ausência de cotação de preços para o Termo de Referência do Edital.
		Os processos licitatórios para aquisição de recarga de gases medicinais e para confecção de uniformes apresentaram fragilidades na realização das pesquisas prévias de mercado	Falta de publicidade, no Diário Oficial da União, de atos administrativos obrigatórios.
		Aquisição de combustíveis e lubrificantes predominantemente do fornecedor de maior preço, sem o devido processo licitatório.	Realização de despesas sem devida cobertura contratual.
			Prorrogação de prazo de contrato por períodos distintos, sem a devida motivação.
			Ausência de cotação de preços para o Termo de Referência do Edital
			Realização de despesas sem devida cobertura contratual
			Alteração irregular do objeto e cláusulas contratuais
14	Ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço	A BD do SAMU 192 não faz controle estatístico do serviço oferecido à população.	Metodologia inadequada de cálculo do indicador 'espera'.
		A Central Estadual de Regulação das Urgências e Emergências não apresentou os indicadores de tempo resposta que permitiriam avaliar o desempenho do SAMU 192	Ausência de controle do tempo de resposta dos atendimentos realizados
		Central Estadual de Regulação das Urgências e Emergências não apresentou os indicadores de tempo resposta que permitiriam avaliar o desempenho do SAMU 192	A Central de Regulação do SAMU Regional não possui relatórios de atividades das ocorrências atendidas
15	Ausência de protocolos técnicos, manuais de normas e rotinas e plano de atendimento a catástrofes	. A BD do SAMU 192 não possui implantado manual de normas e rotinas, protocolos técnicos de atendimento pré-hospitalar e não tem plano de atendimento às catástrofes.	
		O serviço SAMU 192 não utiliza todos os Protocolos Operacionais Padrão (POP) preconizados	
16	Ausência de habilitação e/ou qualificação	. Inexistência de qualificação do SAMU 192 de Gurupi/TO à Rede Nacional de Atenção às Urgências	

4. ANÁLISE ESTRUTURADA DOS RELATÓRIOS DE AUDITORIA DO SAMU

O objetivo deste capítulo é analisar o Programa SAMU 192 em uma perspectiva nacional por região do país e por porte dos municípios que foram submetidos aos trabalhos de auditoria. Vale ressaltar que o Brasil é um país de proporções territoriais continentais e uma demografia significativa o que torna a implementação de qualquer política um grande desafio, pois os fatores econômicos, sociais, culturais e até religiosos exercem influência sobre os resultados de qualquer ação interventiva do Estado.

O Brasil, em particular, possui uma considerável diferença e contraste entre suas regiões, principalmente quando se trata de desenvolvimento social e econômico. Além disso, a diversidade natural característica do país como regiões de mata, como a Amazônia, rios, acidentes geográficos, tipo de solo e vegetação, são fatores relevantes que devem ser considerados em processos de implementação de determinadas políticas públicas.

Nesse sentido, a proposta deste trabalho em analisar as constatações das auditorias realizadas sob o ponto de vista regional e porte populacional ganha relevância, pois permite atribuir relações dos resultados das auditorias a partir da localização territorial e quantidade de pessoas alvo da política.

4.1 Análise Descritiva da Amostra de Pesquisa

A agregação das constatações em Categorias de problemas de implementação facilitou a análise da frequência destas em cada município submetido a auditoria. Além disso, a organização das informações permitiu o desdobramento dos dados iniciais em informações relevantes do ponto de vista regional, temporal e porte populacional.

Tabela 1 – Número de Relatórios de Auditoria por Região

REGIÃO	CGU	%	DENASUS	%	TOTAL GERAL
NORTE	09	28,13	13	22,81	22
SUL	03	9,38	12	21,05	15
SUDESTE	05	15,62	11	19,30	16
NORDESTE	10	31,25	17	29,82	27
CENTROESTE	05	15,62	04	7,02	09
TOTAL:	32		57		89
%	35,96%	100%	64,04%	100%	100%

A maior parte dos trabalhos de fiscalização e auditoria foram realizados no ano de 2014. Dos **89 relatórios** publicados pelo DENASUS e CGU, **34** tiveram os trabalhos desenvolvidos em **2014**, seguido de **18 em 2015**, **14 em 2016**, **12 em 2013**, **08 em 2017**, **02 em 2010** e **01 em 2012**. Desta forma, percebe-se uma evolução crescente do número de auditorias realizadas desde 2010, com maior concentração no ano de 2014.

Tabela 2 – Relatórios de Auditoria por Ano de Execução

ANO	CGU	DENASUS	TOTAL
2010	00	02	02
2012	00	01	01
2013	02	10	12
2014	23	11	34
2015	06	12	18
2016	00	14	14
2017	01	07	08
Total:	32	57	89

O porte populacional de cada município submetido à fiscalização e auditoria também consiste em uma relevante informação. De todos os municípios auditados, **30 deles são capitais** onde a concentração urbana é muito maior que nos demais municípios, o que, de certa forma tornaria mais complexa a operacionalização do serviço. Dos 26 municípios com população acima de 500.000, 23 são capitais. Dos 41 municípios entre 50.000 e 350.000 habitantes, 04 são capitais. Dos 04 municípios entre 350.000 e 500.000 habitantes, 03 são capitais e apenas dos 16 municípios até 50.000 não há nenhum que seja capital.

A variedade de porte populacional de municípios das cinco regiões do país é uma informação relevante na medida em que permite comparações dos níveis de capacidade de gestão, economia, complexidade urbana, entre outros.

Tabela 3 – Relatórios de Auditoria por Porte Populacional

POPULAÇÃO	CGU	DENASUS	TOTAL
Até 50.000	01	15	16
50.000 a 350.000	06	35	41
350.000 a 500.000	03	01	04
Acima de 500.000	22	06	26
Total:	32	57	89

4.2. Análise dos Principais Problemas de Implementação

Dos 16 tipos de problemas o principal e mais recorrente problema constatado pelos técnicos tanto da CGU como do DENASUS são as **falhas estruturais e operacionais** das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas. Essas falhas estão presentes em **66 dentre os 89 municípios analisados**, isto é, em **74,2% deles**. Essas falhas estão relacionadas à infraestrutura física como presença dos espaços mínimos previstos em portaria para o funcionamento e operacionalização do programa. A configuração adequada dessas edificações é um fator imprescindível para que o funcionamento e operacionalização do programa se dê de forma a alcançar os objetivos da política. Sala de Regulação, Repouso da equipe, Refeitório, banheiros, almoxarifado, estacionamento coberto da unidades móveis, farmácia, lavabo, local para lavagem e limpeza das unidades móveis, são alguns dos espaços que dever ter estrutura compatível de acordo com os padrões exigidos. O Ministério da Saúde disponibiliza um programa arquitetônico orientativo mínimo que deverá ser seguido por todos os gestores que aderirem ao programa. Como exemplo deste tipo de constatação, citamos Brasília – DF com a seguinte descrição dos técnicos da CGU:

“Durante as visitas, foram identificados problemas nas estruturas das bases descentralizadas do SAMU/DF capazes de comprometer a prestação do serviço. Das 16 bases visitadas, somente 3 possuem estacionamento coberto para as ambulâncias (HMIB, Parque de Apoio de Taguatinga, Hospital Regional de Santa Maria e Samambaia), e em nenhuma há sinalização adequada na saída das unidades móveis (placa, sinalizador eletrônico ou totem). Além disso, apenas as bases do Parque de Apoio de Taguatinga, do Setor de Rádio e TV Sul, de Recanto das Emas, do Riacho Fundo II e do Hospital Regional da Asa Norte são

facilmente identificáveis como componentes do SAMU/DF. Ou seja, nas demais não existe nenhuma informação aparente capaz de demonstrar a existência de uma base descentralizada do SAMU no local. As fotos a seguir evidenciam que as bases do SAMU/DF não atendem ao padrão arquitetônico definido pelo Ministério da Saúde.” (Relatório CGU nº 201317068, p. 8)

Em **segundo lugar**, entre os problemas constatados está a **Ausência e/ou inconsistências de registros no CNES (profissionais, Unidades Móveis, CRUs, etc.)** verificada em **62** dos **89** municípios auditados, correspondendo a **69,7%** do total. A ausência ou inconsistência de registros do serviço no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde é uma irregularidade que descumpre a normativa que regulamenta o programa e interfere diretamente na qualidade da avaliação e monitoramento, pois inviabiliza a produção de dados quantitativos sobre o serviço nos municípios. As informações cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES são fundamentais para o planejamento e gestão do progra, pois somente com essas informações é possível saber a quantidade de profissionais, unidades móveis, Centrais de Regulação distribuídos pelo país. Quando esses dados não são informados ou estão desatualizados, os dados passam a não corresponder à realidade do programa no país. Como exemplo deste tipo de constatação, citamos o município de Macapá – AP:

“A equipe da CGU-Regional/AP verificou a existência de 02 (dois) veículos que ainda estão sem credenciamento no Ministério da Saúde e sem cadastramento no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.” (Relatório CGU nº 201408581, p. 12)

Em **terceiro lugar**, entre os problemas elencados, está o **Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo**, presente em **58** dentre os **89** municípios analisados, isto é, em **65,2%** deles. A normativa que regulamenta o programa estabelece quantitativos mínimos de RH de acordo com o porte populacional a fim de que a operacionalização do serviço não seja comprometida pelo déficit de profissionais. A falta de profissionais bem como a precariedade nas formas de contratação é um problema grave, pois afeta diretamente a eficiência e efetividade do programa, comprometendo a qualidade do atendimento oferecido à população. Para que o serviço funcione de forma ininterrupta é necessário que haja quantidade adequada de profissionais às necessidades locais, e que os vínculos

desses profissionais sejam permanentes a fim de evitar rotatividade e descontinuidade do serviço. Além disso, deve ocorrer uma gestão eficiente de RH relacionada ao cumprimento de carga horária, regularidade de pagamentos de salários, etc. O descumprimento de carga horária e a falta de profissionais comprometem decisivamente o funcionamento contínuo do serviço. Um exemplo disso foi a fiscalização realizada pela CGU no município de João Pessoa – PB, em que os auditores relatam o seguinte fato:

“(...) o quantitativo de Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) apresentou um déficit de 124 horas no somatório da carga horária, não correspondendo à força de trabalho mínima estabelecida na Portaria GM/MS nº 1.010/12(...)” (Relatório CGU nº 201408594, p.4)

Em **quarto lugar**, entre os problemas relacionados, está a **Ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis**, que foi encontrada em **50 do total de 89 municípios analisados**, isto é, **56,2 %**. O seguro contra sinistro das unidades móveis do SAMU 192 é um problema comum em vários municípios do país, já que como a análise de risco das seguradoras para esses veículos é muito elevada, muitos gestores tem dificuldade em contratar seguros para toda a frota do serviço. A falta de seguro compromete a continuidade do serviço, pois se uma viatura sofre um sinistro o programa poderá ficar desassistido até que o município consiga um veículo substituto, o que se daria de forma mais ágil quando este esta segurado. Como exemplo desse tipo de constatação citamos o município de Santarém – PA onde os técnicos relatam o seguinte:

“(...) Outra situação evidenciada foi inexistência de seguro contra sinistro das unidades móveis vinculadas ao SAMU 192 de Santarém/PA. Os fatos estão em desconformidade com as alíneas `` a `` e `` d `` , inciso II, do artigo 27, da Portaria GM/MS nº 1.010, de 21/05/2012(...)). (Relatório DENASUS nº 14363, p. 27)

Em **quinto lugar** e considerando os problemas elencados, está a **Ausência e/ou inconsistência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente**, que apareceu em **48 dos 89 municípios**, correspondendo a **53,9 %**. A atuação de profissionais desqualificados no SAMU 192 é um fator que pode comprometer os resultados do programa, podendo gerar iatrogenias e comprometer a

assistência às vítimas que são atendidas por essas equipes. Dessa forma, a presença de um programa de capacitação permanente, além de ser uma exigência normativa, é um fator fundamental para que o programa cumpra com o seu papel de salvar vidas. Para exemplificar esta constatação, citamos o relatório de auditoria no município de Campo Maior – PI:

“Durante verificação 'in loco' constatou-se que o SAMU de Campo Maior não dispõe de projeto de qualificação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçado nos polos de educação permanente em saúde, contrariando o Cap. I, inciso XIV, art. 2º da Portaria MS/GM nº 1600/2011(...).” (Relatório DENASUS nº 16705, p.10)

Em **sexto lugar**, entre os problemas verificados, está a **Ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento** que apareceu em **47** dos 89 municípios analisados, correspondendo a **52,8%**. A falta de itens básicos compromete o funcionamento do programa em diversos aspectos de sua operacionalização. O gestor tem o dever de manter as Centrais de Regulação, Bases Descentralizadas e Unidades Móveis com todos os materiais e equipamentos necessários. Dessa forma, é necessário um planejamento da previsão de gastos desses insumos a fim de que o serviço não seja comprometido. A exemplo deste tipo de constatação, citamos o município de Pinheiro – MA, onde os técnicos descreveram o seguinte:

“Na Unidade Móvel de Suporte Avançado do SAMU 192 de Pinheiro, placa OJK 4310, em operacionalização, identificou-se dentre os equipamentos instalados e materiais necessários, a falta de itens estabelecidos no subitem 3.4, do Capítulo IV - Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Anexo da Portaria GM/MS nº 2.048 de 05/11/2002, Anexo 10(...).” (Relatório DENASUS nº 16835, p. 21)

Em **sétimo lugar**, do total de problemas verificados, está a **Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual**, identificada em **45 dos 89** municípios auditados, isto é, **50,6 %**. Considerando que o arranjo de financiamento da política se dá de forma tripartite, 50% União e 25% estado e 25% municípios, é fundamental que

os repasses ocorram de forma regular para garantir a manutenção e continuidade das atividades desenvolvidas. Atrasos ou ausência de contrapartida de qualquer ente federativo acaba por comprometer o custeio do serviço e, conseqüentemente, gerar prejuízos à sua operacionalização. Como isso é resultado de pactuações, cabe ao gestor municipal, além de cumprir com sua obrigação de contrapartida, monitorar o cumprimento por parte dos demais entes, já que a execução do programa é no município. Para exemplificar, citamos o município de Fortaleza – CE, onde os técnicos da CGU fazem a seguinte descrição:

“Desse modo, dos R\$ 22.041.461,28 efetivamente aplicados no SAMU 192 – Regional Fortaleza em 2013, R\$ 11.725.235,57 (53%) eram de recursos federais, R\$ 442.500,00 (2%) eram de recursos estaduais e R\$ 9.873.725,71 (45%) eram municipais. Tal situação contraria o art. 40 da Portaria GM/MS nº 1.010/2012 que determina que pelo menos 25% do custeio do SAMU 192 deverá ser com recursos estaduais e que os recursos federais não podem custear mais do que 50% do serviço.” (Relatório CGU nº 201408583, p. 4)

Em **oitavo lugar**, entre os problemas constatados, estão as **Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos**, que apareceu em **43** dos **89** municípios, **48,3 %**. A gestão do fundo municipal de saúde é um fator relevante, pois todos os recursos da saúde do município são depositados neste fundo para serem aplicados na manutenção das ações e serviços de saúde do município. O secretário municipal de saúde é o gestor deste fundo e deve possuir a capacidade necessária para gerir os recursos sob sua responsabilidade, o que nem sempre ocorre. As falhas de gestão do fundo contribui para a má alocação dos recursos com prejuízos à população. Além disso, a aplicação desses de valores em objetos diferentes para o qual foi repassado se constitui desvio de finalidade de objeto, comprometendo a manutenção da política para a qual o recurso se destina. Citamos como exemplo o município de Araraquara – SP, onde os técnicos fazem a seguinte descrição:

“A Secretaria Municipal de Saúde não apresentou os documentos/atos de nomeação dos responsáveis designados para Ordenar as Despesas do Fundo Municipal de Saúde (Ordens de Pagamentos, Cheques e/ou Transferências Eletrônicas) (...)” (Relatório DENASUS 13884, p. 16)

Em **nono lugar**, figura a **Ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos com constatações em 40 municípios, 44,1 %**. Os contratos de manutenção preventiva e corretiva de unidades móveis e equipamentos do SAMU 192 é necessário para garantir as condições para funcionamentos desses veículos e evitar a paralização do serviço. A ausência desses contratos ou irregularidades na elaboração e execução desses implica na incapacidade do município em manter o serviço funcionando permanentemente. Dessa forma, o gestor elaborar o documento sob a luz da legislação contratual vigente e fiscalizar sua execução de forma a exigir que as cláusulas sejam cumpridas e o serviço funcionando. Como exemplo, citamos o município de Salvador – BA, onde os técnicos fazem a seguinte descrição:

“A Secretaria Municipal de Saúde relatou, por meio do Ofício nº 77, de 12/08/2012, que os veículos não dispõem de contrato de manutenção. A ausência de manutenção preventiva e corretiva caracteriza descumprimento da Cláusula Terceira – Obrigações do Donatário – item “e” - do Termo de Doação com Encargos nº 10.283/2013, celebrado entre o Ministério da Saúde, na qualidade de doador, e a Prefeitura Municipal de Salvador como donatária.” (Relatório CGU nº 201408582, p. 7)

Em **décimo lugar**, está o problema de **Ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço**, com **constatações em 27 municípios, 30,3% do total**. A coleta e processamento de dados sobre a operacionalização do SAMU 192 é fundamental, pois gera informações relevantes que ajudarão no planejamento e aprimoramento do serviço. Dados como número de atendimentos, tipo de ocorrência, tempo resposta, entre outros fornecem informações que poderão auxiliar os gestores no estabelecimento da melhor configuração logística do serviço, promovendo melhorias na qualidade do atendimento oferecido à população. Um exemplo disso é o município de Águas Mornas – SC, com a seguinte descrição dos auditores:

“Serviço de Atendimento Móvel - SAMU 192 do município não apresentou e não utilizava os dados estatísticos para avaliação do perfil epidemiológico dos atendimentos e para o planejamento das ações”. (Relatório DENASUS nº 14012, p. 11)

Em **décimo primeiro lugar**, estão as constatações **Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG) e Irregularidades em contratos e processos licitatórios, ambas identificadas em 23 municípios, 25,8%**. No caso dos Relatórios Anuais de Gestão – RAG, esses se constituem em instrumentos de transparência e prestação de contas das ações e atos da administração pública local. Dessa forma, inconsistências e irregularidades nesses relatórios podem ser indicativos de má aplicação de recursos públicos, o que pode comprometer o desempenho das políticas. Qualquer inconsistência ou omissão de informações poderá caracterizar irregularidades ou execução ineficiente das políticas públicas. Um exemplo disso é o município de Rio Branco – AC onde os técnicos fazem a seguinte descrição:

“Com vistas a avaliar os mecanismos de prestação de contas dos recursos destinados ao SAMU 192, analisou-se o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2013, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre, e que deveria ser remetido ao Conselho Estadual de Saúde até o dia 31 de maio de 2014. Verificou-se que, embora o mesmo tenha sido submetido dentro do prazo ao Conselho de Saúde local, não foram contempladas todas as informações relativas à gestão do SAMU, em discordância à Portaria nº204/2007 e à Portaria GM nº3.176/2008. Estão ausentes informações referentes à utilização de recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade (Bloco MAC) para o SAMU; informações referentes à gestão das Unidades Móveis de Saúde do SAMU em funcionamento, além dos dados detalhados sobre a execução financeira das ações que compõem o SAMU. A ausência destas informações impossibilita contemplar, de maneira integrada, a gestão do SAMU em Rio Branco.” (Relatório CGU nº 201408574, p. 10)

No caso dos contratos e processos licitatórios, esses estão submetidos à legislação vigente que rege este tipo de ato administrativo. Qualquer irregularidade identificada que descumpra o disposto na Lei 8.666 pode ensejar favoritismos, desvios ou má aplicação de recursos, improbidade administrativa, etc. A aquisição de materiais, peças, mobiliários, manutenção, etc dependem desses atos para serem adquiridos para a manutenção do programa. As irregularidades comprometem os atos e prejudicam a continuidade dos serviços. O município de Santarém – PA é um exemplo deste tipo de constatação:

“A Secretaria Municipal de Saúde de Santarém realizou Tomada de Preços nº 001/2013-SEMSA, para contratação dos serviços de manutenção preventiva e corretiva, com fornecimento de peças, para os veículos automotores da frota da Secretaria Municipal de Saúde e suas

Unidades de Referência, em desacordo ao Decreto Federal nº 5.504, de 05 de agosto de 2005, que estabelece a exigência de utilização de pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns, realizadas em decorrência de transferências voluntárias de recursos públicos da União, decorrentes de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos” (Relatório DENASUS nº 14363, p.11).

Em **décimo segundo lugar**, figura a **Ausência de protocolos técnicos, manuais de normas e rotinas e plano de atendimento a catástrofes**, com **constatações em 17 municípios, 19,1%**. Igualmente, a ausência de protocolos técnicos, manuais e normas também compromete as ações desenvolvidas pelo SAMU 192, já que a falta de padronização e regras orientativas compromete de forma significativa os resultados da política. O município de São Miguel dos Campos – AL é um exemplo deste tipo de constatação:

“Em entrevista com a Coordenadora da Base Descentralizada de São Miguel dos Campos/AL a Equipe de Auditoria foi informada que a Base Descentralizada não vem se articulando com outros serviços e não participa de estratégias relacionadas ao Plano de Atendimento às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas, também não foi disponibilizado à Equipe documentação que demonstre estratégias de adequação à realidade local.” (Relatório DENASUS 14097, p.19)

Em **décimo terceiro lugar**, identificou-se a **Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências** com **constatações em 16 municípios, 17,1%**. No caso da falta de softwares para o registro de informações do serviço, representa um problema, pois toda a gestão da informação como segurança e armazenamento de dados ficam comprometidos. Como exemplo desta constatação, citamos o município de Maceió – AL com a seguinte descrição dos técnicos:

“(...) A atual incapacidade da Central do SAMU Maceió em produzir relatórios informatizados dos seus registros de atendimento torna sobremodo difícil a avaliação da suficiência, correção e qualidade de seus serviços prestados à população alagoana, configurando assim uma ofensa aos princípios da eficiência e da transparência, que devem ser observados por toda a Administração Pública.” (Relatório CGU nº 201408578, p. 8)

Em **décimo quarto lugar**, está a **Ausência e/ou inconsistências de registros dos atendimentos realizados no SIA/SUS**, identificada em **12 municípios, 13,5%**. A inserção de dados de produção no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA_SUS é uma obrigatoriedade prevista em portaria para a permanência dos repasses de recurso de custeio ao municípios. Gestores que deixam de informar a produção durante 3 meses consecutivos podem ser penalizados com a suspensão desse repasse, o que poderia comprometer a manutenção e continuidade do atendimento prestado à população. O município de Itapetininga é um exemplo deste tipo de constatação:

“A produção SIA/SUS 2013 do SAMU 192 apresentada pelo município difere da pesquisada no sistema do DATASUS na fase analítica. Durante a fase analítica foi verificado que a produção apresentada pelo município no ano de 2013 totalizava 587 procedimentos nos códigos referentes atendimento SAMU e nos dados apresentados a soma era de 8.387 procedimentos realizados pelas unidades móveis.” (Relatório DENASUS nº 14129, p. 16)

Em **décimo quinto lugar**, figura a **Ausência de habilitação e/ou qualificação**, com **notificações em 9 localidades, 10,1% dos municípios**. Para os municípios que deixam de proceder a habilitação de suas unidades móveis, além de não receberem os repasses de custeio mensal ainda podem ser obrigados a devolverem o valor, corrigido monetariamente, de cada unidade móvel doada pelo Ministério da Saúde. O município de Manaus – AM representa um exemplo deste tipo de constatação:

“O SAMU 192 Manaus/AM não está qualificado pelo Ministério da Saúde na Rede Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, os gestores informaram que os processos para habilitação dos Municípios de Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva, vinculados a Central de Regulação de Manaus, encontram-se em tramitação na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde desde início de 2014. Essa falta de habilitação de municípios vem influenciando na qualificação; em desacordo com o Item VII do Artigo 2º, do Capítulo I da Portaria GM/MS nº 1010 de 21/05/2012.” (Relatório DENASUS nº 14815, p. 6)

Tabela 3 – Principais Problemas de Implementação Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS

ORDEM	GRUPO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS CONSTATADOS	TOTAL	%
01	Falhas Estruturais e de funcionamento CRU/BD	65	73
02	Ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis	49	55,1
03	Ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente	48	53,1
04	Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências	16	17,1
05	Ausência e/ou inconsistências de registros dos atendimentos realizados no SIA/SUS	12	13,5
06	Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo	58	65,2
07	Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos	43	48,3
08	Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual	45	50,6
09	Ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos	40	44,1
10	Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)	23	25,8

Tabela 3 – Principais Problemas de Implementação Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS (Cont.)

11	Ausência e/ou inconsistênciasde registros no CNES (profissionais, Unidades Móves, CRUs, etc.)	62	69,7
12	Ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento	47	52,8
13	Irregularidades em contratos e processos licitatórios	23	25,8
14	Ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço	27	30,3
15	Ausência de protocolos técnicos, manuais de normas e rotinas e plano de atendimentoa catástrofes	17	19,1
16	Ausência de habilitação e/ou qualificação	09	10,1

4.3. Análise da Implementação do SAMU Segundo Região

Considerando as especificidades regionais de caráter social, econômico e até mesmo cultural e para uma melhor compreensão e análise das constatações pelo país procurou-se organizar as categorias ou grupo de constatações distribuindo-as por região, conforme pode ser visto no **Tabela 4**. Para análise dos problemas de implementação, considerou-se o número total de municípios analisados por região, conforme informações da **Tabela 1**, **região norte** com **22** municípios, **região nordeste** com **27** municípios, **região centroeste** com **09** municípios, **região sudeste** com **16** municípios e **região sul** com **15** municípios, totalizando os **89** municípios analisados.

Na **Região Norte** os principais problemas encontrados nos 22 municípios analisados refere-se a **falhas estruturais e operacionais**, constatado em 20 deles , isto é, **90,9%**. A segunda constatação mais frequente na região é a **ausência e/ou inconsistênciasde registros no CNES (profissionais, Unidades Móves, CRUs, etc.)**, identificados em 17 dos municípios (**77,3%**). O **ausência e/ou inconsistênciasde registros no CNES** é o terceiro maior problema constatado em 17

municípios (77,3%). O quarto problema mais evidenciado foi o **déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo**, constatado em 15 municípios (68,2%). Um exemplo de município da região norte que apresentou o problema de falhas estruturais e operacionais é o município de Rio Branco – AC, com a seguinte declaração dos auditores:

“A estrutura física do SAMU 192 do Município de Rio Branco comporta algumas áreas necessárias ao funcionamento do serviço como: garagem para as ambulâncias, pequeno refeitório com cozinha conjugada, banheiro com chuveiro, sala de equipamentos e sala para a coordenação geral. Ressalta-se, no entanto, que o espaço físico do serviço de forma geral é insuficiente para ofertar conforto aos servidores, não dispendo de sala para coordenação de enfermagem, sala para coordenação médica, sala administrativa, sala de esterelização, sala de utilidades, sala de repouso, com banheiro anexo, para as equipes e área de lazer. A insuficiência de espaço físico contraria o item II - DEMAIS DEPENDÊNCIAS DO SAMU 192, da PT/GM nº2.657, de 16/12/2004.”
(Rio Branco – AC, Relatório DENASUS nº 10171, p. 34)

Na **Região Nordeste** o principal problema levantado pelos técnicos também refere-se às **falhas estruturais e operacionais** constatado em 24 dos 27 municípios analisados na região, correspondendo a **88,9%**. Em segundo lugar se destaca o problema da **ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, que foi encontrado em 19 municípios, isto é, **70,4%**. Em terceiro lugar, o problema mais frequente foi o **déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo**, encontrado em 18 municípios, isto é, **66,7%**. Em quarto lugar, o problema destacado foi a **ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento**, constatado em 17 municípios, correspondendo a **63%**. Em quinto lugar, o problemas com maior incidência foi a **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente**, encontrado em 16 municípios, isto é, **59,3%**. Como exemplo de município da região nordeste que apresentou o problema de falhas estruturais e operacionais, citamos o município de Teresina, capital do estado de Piauí, onde os técnicos descrevem o seguinte:

“No Município de Teresina/PI estão vinculadas à Central de Regulação das Urgências dez Bases Descentralizadas do Samu 192 (...) foram inspecionadas todas as Bases Descentralizadas, tendo sido constatado que a estrutura física destas não atende aos requisitos mínimos definidos

na Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (Teresina - PI, Relatório CGU nº 201408596, p. 10)

Na **Região Sul**, o principal problema levantado pelos técnicos refere-se ao **déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo** constatado em 11 dos 15 municípios analisados na região, correspondendo a **73,3%**. Em segundo lugar se destaca o problema da **ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, que foi encontrado em 09 municípios, isto é, **60%**. Em terceiro lugar, o problema mais frequente foi o **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente**, encontrado em 07 municípios, isto é, **46,6%**. Em quarto lugar, o problema destacado foi a ausência a **ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis**, constatado em 06 municípios, correspondendo a **40%**. Um município da região sul em que foi constatado o problema de déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo, citamos o município de Curitiba, capital do estado do Paraná, descrito da seguinte maneira pelos técnicos:

“Constatou-se que o número de Técnicos Auxiliares de Regulação Médica – TARM, da Central de Regulação e de auxiliares/técnicos de enfermagem das Unidades Móveis de Saúde do SAMU Regional Metropolitano de Curitiba é insuficiente para atendimento do contingente populacional coberto pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.” (Curitiba - PR, Relatório CGU nº 201408597, p. 8)

Na **Região centroeste**, os principais problemas levantados pelos técnicos referem-se à **ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis e ausência e/ou inconsistências de registros no CNES** os quais foram constatados em 08 dos 09 municípios analisados na região, isto é, **88,9%**. Em segundo lugar se destaca o problema de **falhas estruturais e operacionais** constatado em 07 municípios, isto é, **77,8**. Em terceiro lugar, o problema destacado foi a ausência a **ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis**, constatado em 06 municípios, correspondendo a **40%**. Em quarto lugar, os problemas de **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente; ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos; ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos,**

mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento e ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço, foram os mais frequentes em 04 municípios, isto é, **44,4%**. Em quarto lugar, os problemas mais frequentes foram o **Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo; Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos e Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual, ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)** foram encontrados em 03 municípios, isto é, **33,3%**. Um município da região centroeste que apresentou o problema de ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis é o município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, descrito da seguinte forma pelos auditores:

“Além disso, a ausência de cobertura para todos os veículos que atuam no serviço SAMU 192, inclusive para as viaturas reservas, causou prejuízo no valor de R\$ 47.788,00 (valor do veículo ano 2010 no mês do sinistro), conforme consulta no site www.fipe.org.br, mas que não teve indenização em razão da retirada do veículo HSH 5776, que sofreu acidente em 29/10/2014, da relação de veículos cobertos, e deveria ter o seu valor indenizado com base em 100% do valor previsto na tabela FIPE caso não tivesse sido excluído da cobertura por ocasião da celebração do Segundo Termo Aditivo ao Contrato nº 93, ocorrido em 01/09/2014. Dessa forma, concluímos que 04 dentre 18 unidades móveis que atuam no SAMU 192 de Campo Grande/MS, considerando as unidades móveis vinculadas às bases descentralizadas e as viaturas reservas, ou seja, 22,22% da frota não são cobertos por seguro contra sinistros, com o agravante de que a cobertura contratada é somente para terceiros, apesar de estar sendo pago valor que cobriria o casco (veículo), conforme relatado em outro ponto deste relatório.” (Campo Grande - MS, Relatório CGU nº 201408591, p. 34)

“As três Unidades de Suporte Avançado foram vistoriadas e todas estão em funcionamento e em bom estado de conservação. Entretanto, não possuem dois itens recomendados pelo Ministério da Saúde: respirador mecânico de transporte e bomba de infusão com bateria e equipo. Na unidade Alfa III também não havia cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo” (Cuiabá - MT, Relatório CGU nº 201408592, p. 36)

Na **Região Sudeste**, o principal problema levantado pelos técnicos refere-se ao **déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo** constatado em 10 dos 16 municípios analisados na região, correspondendo a **62,5%**.

Em segundo lugar se destaca o problema da **irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual**, que foi encontrado em 09 municípios, isto é, **56,3%**. Em terceiro lugar, os problemas mais frequentes foram as **falhas estruturais e operacionais; ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis e ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, encontrados em 08 municípios, isto é, **50%**. Em quarto lugar, os problemas destacados foram a **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente; Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos; ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos e ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento**, constatados em 07 municípios, correspondendo a **43,8%**. Em quinto lugar, destacam-se os problemas de **ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências e a ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço**; constatados em 03 municípios e correspondendo a 18,8%. Citamos como exemplo de município da região sudeste que apresentou o problema de déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo, o município de Contagem, cuja descrição dos técnicos foi a seguinte:

“Ao computar os dados extraídos das relações de profissionais, conforme informados pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, constatou-se o déficit de 84 horas semanais para o cargo de Médico Regulador da Central de Regulação, estando o somatório da carga horária dos profissionais relacionados menor que a quantidade mínima determinada nas normas pertinentes, demonstrando que o quantitativo desses profissionais não está adequado às exigências das Portarias GM/MS nº 2.048/2002, 1.010/2012 e 1.473/2013. O somatório ideal, conforme a legislação, é de 420 horas por semana, considerando uma população da faixa de 700.001 a 1.500.000 habitantes, e em Contagem foi constatado que atualmente está em 336 horas semanais.” (Contagem - MG, Relatório CGU nº 201505345, p. 18)

A partir dos resultados acima descritos é possível concluir que a concentração das constatações de irregularidades de ambos os órgãos de auditoria foi maior em número de municípios nas regiões norte e nordeste. No caso da região norte, apesar

dos repasses de recursos de custeio serem acrescidos de 30% para os municípios localizados na Amazônia Legal, as peculiaridades da região norte e nordeste como padrão socioeconômico, capacidade de gestão, disponibilidade de profissionais, malha rodoviária, dificuldades de acesso em algumas localidades, etc. exercem certa influência sobre os resultados apresentados na análise.

Ainda é possível inferir que as constatações de irregularidades de maior relevância e impacto no funcionamento e operacionalização do serviço também se concentram em maior número nas regiões norte e nordeste, como, por exemplo, a constatação de falhas estruturais e operacionais que alcançaram o número de 20 dos 22 municípios na região norte (90,9%) e a região nordeste com 24 dos 27 municípios (88,9%).

Esses resultados, de certa forma, corroboram para o entendimento de que as regiões norte e nordeste possuem especificidades que devem ser consideradas pelos gestores das esferas federativas a fim de que os fatores comprometedores de sucesso possam ser mitigados e a política alcance, de fato, os objetivos para os quais foi criada.

Tabela 4 – Categoria de Problemas Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS por Região, no Período de 2010 a 2017

ORDEM	GRUPO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS CONSTATADOS	Número de Municípios onde se constatou problemas									
		NORTE 22		SUL 15		CENTROESTE 09		NORDESTE 27		SUDESTE 16	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
01	Falhas Estruturais e de funcionamento CRU/BD	20	90,9	06	40	07	77,8	24	88,9	08	50
02	Ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis	12	54,5	06	40	08	88,9	15	55,5	08	50
03	Ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente	14	63,6	07	46,6	04	44,4	16	59,3	07	43,8

Tabela 4 – Categoria de Problemas Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS por Região, no Período de 2010 a 2017 (Cont.)

04	Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências	06	27,3	0	0	02	22,2	05	18,5	03	18,8
05	Ausência e/ou inconsistências de registros dos atendimentos realizados no SIA/SUS	04	18,2	02	13,3	02	22,2	02	7,4	02	12,5
06	Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo	15	68,2	11	73,3	03	33,3	18	66,7	10	62,5
07	Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos	12	54,5	04	26,7	03	33,3	16	59,3	07	43,8
08	Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual	14	63,6	05	33,3	03	33,3	14	51,9	09	56,3
09	Ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos	12	54,5	06	40	04	44,4	10	37,3	07	43,8
10	Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)	10	45,5	02	13,3	03	33,3	06	22,2	02	12,5
11	Ausência e/ou inconsistências de registros no CNES (profissionais, Unidades Móveis, CRUs, etc.)	17	77,3	09	60	08	88,9	19	70,4	08	50
12	Ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento	12	54,5	06	40	04	44,4	17	63	07	43,8
13	Irregularidades em contratos e processos licitatórios	13	59,1	0	0	0	0	07	25,9	02	12,5

Tabela 4 – Categoria de Problemas Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS por Região, no Período de 2010 a 2017 (Cont.)

14	Ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço	05	22,7	05	33,3	04	44,4	09	33,3	03	18,8
15	Ausência de protocolos técnicos, manuais de normas e rotinas e plano de atendimento a catástrofes	07	31,8	02	13,3	0	0%	05	18,5	02	12,5
16	Ausência de habilitação e/ou qualificação	07	31,8	02	13,3	01	11,1	10	37	0	0

4.4. Análise da Implementação do SAMU 192 segundo Porte

De acordo com os anexos da Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017 que estabelece as diretrizes do programa, o porte populacional dos municípios é um dos critérios utilizados para definir o quantitativo de profissionais necessários para atuar no serviço, estabelecer a configuração estrutural das CRUs e BDs e, também, para calcular o recurso necessário para o custeio da política nos territórios. Dessa forma, percebe-se a importância deste dado para implementação e operacionalização do programa SAMU 192.

Nesse sentido e para uma melhor compreensão e análise das constatações pelo país procurou-se organizar as categorias ou grupo de constatações distribuindo-as por porte dos municípios analisados, conforme pode ser visto no **Tabela 5**. Considerando o número total de municípios analisados, isto é, **89**, foi encontrada a seguinte concentração de constatações por porte:

Nos municípios de **Porte 1** (até 50.000 habitantes) o principal problema levantado pelos técnicos também refere-se à **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente**, constatado em 14 dos 16 municípios analisados com este porte populacional, correspondendo a **87,5%**. Em segundo lugar se destaca o problema das **falhas estruturais e operacionais**, que foi encontrado em 13 municípios, isto é, **81,3%**. Em terceiro lugar, os problemas mais frequentes foram

déficit /ou irregularidades na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo e ausência e/ou inconsistências de registros no CNES, encontrados em 12 municípios, isto é, **75%**. Em quarto lugar, os problemas destacados foram a **ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento e irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual** constatados em 10 municípios, correspondendo a **62,5%**. Em quinto lugar, o problema com maior incidência foi a **Irregularidades na gestão do FMS e/ou desvio de finalidade na aplicação de recursos**, encontrado em 09 municípios, isto é, **56,3%**. A exemplo de localidades de Porte 1 que apresentaram o problema de ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente, citamos o município de Campo Maior no Piauí, com 47.177 habitantes, com a seguinte descrição feita pelos auditores:

“Durante verificação 'in loco' constatou-se que o SAMU de Campo Maior não dispõe de projeto de qualificação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçado nos polos de educação permanente em saúde, contrariando o Cap. I, inciso XIV, art. 2º da Portaria MS/GM nº 1600/2011. A partir dos certificados entregues à equipe de auditoria, conclui-se que nenhum dos médicos e enfermeiros ativos possui capacitação específica nas áreas médicas de interesse do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Dentre os técnicos e auxiliares de enfermagem do quadro, não se comprovou participação em capacitação de Maria das Dores Costa da Silva e Silmara Rochelle Moura do Monte e, em relação aos capacitados, Maria Rosa da Silva realizou treinamento em Emergência Pré-Hospitalar Móvel e Curso de Atualização em Urgência e Emergência apenas no ano de 2008. Quanto aos condutores socorristas, percebe-se que Diogo Henrique e James Nascimento de Sousa não provaram a realização do Curso para Condutores de Veículos de Emergência, contrariando a Resolução nº 168/2004 do CONTRAN.” (Campo Maior – PI, 47.177 habitantes, Relatório DENASUS nº 16705, p. 10)

Nos municípios de **Porte 2** (50.000 a 350.000 habitantes) o principal problema levantado pelos técnicos também refere-se à **ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, constatado em 28 dos 41 municípios analisados com este porte populacional, correspondendo a **68,3%**. Em segundo lugar se destaca o problema das **falhas estruturais e operacionais**, que foi encontrado em 27 municípios, isto é, **65,9%**. Em terceiro lugar, os problemas mais frequentes foram **déficit /ou**

irregularidades na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo; ausência e/ou inconsistências de registros no CNES e ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento, encontrados em 23 municípios, isto é, **56,1%**. Em quarto lugar, o problema destacado foi a **ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis** constatado em 21 municípios, correspondendo a **51,2%**. Em quinto lugar, os problemas com maior incidência foram a **ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos e Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual** encontrados em 19 municípios, isto é, **46,3%**. Como exemplo de município de Porte 2 que apresentou o problema de ausência e/ou inconsistências de registros no CNES, citamos o município de Palmas, capital do estado do Tocantins, com 228.332 habitantes, com a seguinte descrição dos auditores:

“Após análise das informações apresentadas pelo gestor no tocante aos profissionais vinculados ao SAMU/Palmas e as informações obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES referentes ao mês de agosto/2014, observaram-se diversas inconsistências relacionadas ao quantitativo de profissionais, carga horária, vínculo, data de admissão bem como falta de registro no CNES.” (Palmas – TO, 228.332 habitantes, Relatório CGU nº 201408606, p. 7)

Nos municípios de **Porte 3** (350.000 a 500.000 habitantes) os principais problemas levantados pelos técnicos referem-se à **falhas estruturais e operacionais; ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos; ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG) e ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, constatados em 03 dos 04 municípios analisados com este porte populacional, correspondendo a **75%**. Em segundo lugar se destacam os problemas de **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente; Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências; Déficit /ou irregularidades na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo; Irregularidades na gestão do FMS e/ou desvio de finalidade na aplicação de recursos; Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual; ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas,**

medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento e ausência de habilitação e/ou qualificação, os quais foram encontrados em 02 municípios, isto é, **50%**. Como exemplo de município de Porte 3 que apresentou o problema de falhas estruturais e operacionais, citamos o município de Macapá, capital do estado do Amapá, com 398.204 habitantes, com a seguinte descrição técnica de auditoria:

“Foi constatado que a Central de Regulação de Urgências (gerida pela Secretaria de Estado da Saúde) carece de equipamentos modernos e adaptações para um melhor funcionamento. Foi constatado que inexistem, na Central de Regulação de Urgências, uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde os equipamentos (servidores de rede, central telefônica, no break e estabilizador) pudessem ser instalados. O ambiente de trabalho se mostra tumultuado. Não existem baias ou divisórias que poderiam diminuir as interferências nas conversações. Todos trabalham em uma única mesa, na qual ficam os três aparelhos telefônicos e o radiocomunicador.” (Macapá – AP, 398.204 habitantes, Relatório CGU nº 201408581, p. 6)

Nos municípios de **Porte 4** (acima de 500.000 habitantes) o principal problema levantado pelos técnicos refere-se ao **déficit /ou irregularidades na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo**, constatado em 21 dos 26 municípios analisados com este porte populacional, correspondendo a **80,8%**. Em segundo lugar se destaca o problema da **ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis**, que foi encontrado em 20 municípios, isto é, **76,9%**. Em terceiro lugar, o problema mais frequente foi a **ausência e/ou inconsistências de registros no CNES**, encontrado em 18 municípios, isto é, **69,1%**. Em quarto lugar, o problema destacado foi a **Irregularidades na gestão do FMS e/ou desvio de finalidade na aplicação de recursos**, constatado em 16 municípios, correspondendo a **61,5%**. Em quinto lugar, os problemas com maior incidência foram a **ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente; Ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente; Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual e Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)**, encontrados em 14 municípios, isto é, **53,8%**. Como exemplo de município de Porte 4 que apresentou o problema de déficit /ou irregularidades na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo, citamos o município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, com 2.452.185 habitantes, descrito da seguinte maneira pelos técnicos:

“Identificou-se a existência de déficit na carga horária semanal declarada dos cargos em exercício na Central de Regulação (TARM, RO e MR), quando comparada com a correspondente força de trabalho mínima estabelecida na Portaria GM/MS nº 1.010/2012.” (Fortaleza – CE, 2.452.185 habitantes, Relatório CGU nº 201408583, p. 9)

A partir dos resultados acima descritos é possível concluir que a concentração das constatações de irregularidades de ambos os órgãos de auditoria foi maior nos municípios de Porte 2 e Porte 4, isto é, municípios com população entre 50.000 a 350.000 e Acima de 500.000, respectivamente.

Ainda é possível inferir que as constatações de irregularidades de maior relevância e impacto no funcionamento e operacionalização do serviço também se concentram nos municípios de Porte 2 e Porte 4, como, por exemplo, a constatação de falhas estruturais e operacionais alcançaram o número de 27 município em um universo de 41 nos de Porte 2 e 21 municípios em um universo de 26 nos de Porte 4.

Esses resultados, de certa forma, corroboram para o entendimento de que o aporte populacional é um fator extramamente relevante e que deve ser considerado pelos gestores das esferas federativas a fim de que os fatores comprometedores de sucesso possam ser mitigados e a política alcance, de fato, os objetivos para os quais foi criada.

Tabela 5 - Categoria de Problemas Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS por Porte, no Período de 2010 a 2017

ORDEN	GRUPO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS CONSTATADOS	Número de Municípios onde se constatou problemas							
		Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4	
		16		41		04		26	
		Até 50.000		50.000 a 350.000		350.000 a 500.000		Acima de 500.000	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
01	Falhas Estruturais e de funcionamento CRU/BD	13	81,3	27	65,9	03	75	21	80,8
02	Ausência e/ou irregularidades de Seguro contra Sinistro das Unidades Móveis	05	31,3	21	51,2	03	75	20	76,9
03	Ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente	14	87,5	17	41,5	02	50	14	87,5
04	Ausência de software específico para registro de informações relacionadas à regulação de urgências e emergências	01	6,25	11	26,8	02	50	02	7,7
05	Ausência e/ou inconsistências de registros dos atendimentos realizados no SIA/SUS	05	31,3	05	12,2	0	0	02	7,7
06	Déficit e/ou irregularidade na gestão de RH e/ou precariedade de vínculo	12	75	23	56,1	02	50	21	80,8
07	Irregularidades na gestão do FMS e/ou Desvio de finalidade na aplicação de recursos	09	56,3	15	36,6	02	50	16	61,5

Tabela 5 - Categoria de Problemas Constatados no Programa SAMU 192 em Municípios Fiscalizados e Auditados pela CGU e DENASUS por Porte, no Período de 2010 a 2017 (Cont.)

08	Irregularidade e/ou falta de contrapartida municipal e/ou estadual	10	62,5	19	46,3	02	50	14	53,8
09	Ausência e/ou irregularidades em contratos de manutenção preventiva e/ou corretiva das unidades e equipamentos	06	37,5	19	46,3	03	75	12	46,2
10	Ausência ou inconsistência na prestação de contas (RAG)	0	0	05	12,2	03	75	14	53,8
11	Ausência e/ou inconsistências de registros no CNES (profissionais, Unidades Móveis, CRUs, etc.)	12	75	28	68,3	03	75	18	69,2
12	Ausência e/ou deficiência de equipamentos, sistemas, medicamentos, aparelhos, mobiliários e materiais e insumos necessários para operacionalização e funcionamento	10	62,5	23	56,1	02	50	12	46,2
13	Irregularidades em contratos e processos licitatórios	08	50	09	21,1	0	0	04	15,4
14	Ausência e/ou inconsistência de produção de dados e indicadores estatísticos para o planejamento do serviço	08	50	10	24,4	0	0	09	34,6
15	Ausência de protocolos técnicos, manuais de normas e rotinas e plano de atendimento a catástrofes	06	37,5	11	26,8	0	0	0	0
16	Ausência de habilitação e/ou qualificação	01	6,3	05	12,2	02	50	03	11,5

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa procurou analisar os arranjos de implementação do programa SAMU 192 em uma perspectiva avaliativa da política, com o intuito de elencar os principais e mais relevantes problemas que comprometem a efetividade para o alcance dos objetivos da política. Para isto, foram utilizados os relatórios de auditoria e fiscalização do DENASUS e da CGU resultantes dos trabalhos realizados em vários municípios do Brasil que aderiram à referida política. A partir da análise das constatações de irregularidades descritas pelos órgãos, foi possível identificar os gargalos de implementação e apontar possibilidades de aprimoramento e qualificação desta política pública de saúde.

O SAMU 192 é resultado de um esforço interfederativo para atender às demandas na área de urgência, conferindo ao Sistema Único de Saúde um aumento de sua capacidade estrutural e operacional. No entanto, o estudo revelou que esta política precisa de ajustes e melhorias em vários aspectos de sua configuração, permitindo que, de fato, seja um instrumento público de promoção da saúde no Brasil.

Através do presente estudo foi possível inferir que a maioria das constatações apontadas pelos órgãos de auditoria são de baixa e média complexidade para correção. O comprometimento social e político dos gestores das três esferas federativas (União, Estados e Municípios) é fundamental para que esses problemas sejam sanados e a política alcance seus objetivos. É possível verificar nos relatórios que muitas irregularidades constatadas foram sanadas pelos gestores ainda durante os trabalhos dos órgãos de auditoria, mostrando que apenas a presença dos fiscais já foi um fator indutor para ações de intervenção corretivas.

Na análise dos problemas, foi verificado que as falhas estruturais e operacionais das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas estavam presentes em 66 dentre os 89 municípios analisados, isto é, em 74,2% deles, o que coloca este item como uma das principais irregularidades constatadas.

Os resultados da análise de implementação da política por região revelou que a concentração das constatações de irregularidades de ambos os órgãos de auditoria foi maior na região norte e nordeste. No caso da região norte, apesar dos repasses de recursos de custeio serem acrescidos de 30% para os municípios localizados na Amazônia Legal, as peculiaridades da região norte e nordeste como padrão

socioeconômico, capacidade de gestão, disponibilidade de profissionais, malha rodoviária, dificuldades de acesso em algumas localidades, etc. exercem certa influência sobre os resultados apresentados na análise.

Já os resultados da análise da política segundo o porte dos municípios analisados apontou que a concentração das constatações de irregularidades de ambos os órgãos de auditoria foi maior nos municípios de Porte 2 e Porte 4, isto é, municípios com população entre 50.000 a 350.000 e Acima de 500.000, respectivamente.

Nesse sentido, o arranjo federativo de financiamento e custeio tripartite do programa SAMU 192 também deve ser refletido na intencionalidade recíproca entre os entes federativos no sentido de somar esforços para viabilizar a estruturação do serviço de forma a aprimorar a política, atendendo a todas as diretrizes previstas em normativa, oferecendo um serviço efetivo e de qualidade aos usuários do SUS. Da mesma maneira como o custeio do programa é compartilhado entre os entes, também as soluções para os problemas de implementação devem ser criadas a partir do estabelecimento de parceria e corresponsabilização das três esferas, obedecendo a capacidade de cada um.

Por exemplo, nos municípios de Porte 1 (até 50.000 habitantes) o principal problema levantado pelos técnicos refere-se à ausência de treinamento Prévio e/ou Programa de Capacitação Permanente, constatado em 14 dos 16 municípios analisados com este porte populacional, correspondendo a 87,5%. Esta incapacidade do ente municipal em prover o treinamento e capacitação necessários ao bom funcionamento do programa poderia ser solidarizado pelo ente federal que, além de ser o idealizador da política, teria uma maior capacidade em atuar neste quesito.

Além disso, é fundamental a participação ativa da sociedade em cobrar do Estado e, mais especificamente, dos seus representantes políticos a responsabilidade e o comprometimento com as questões sociais. O papel dos órgãos de auditoria é importante, mas é necessário que a população assuma o protagonismo e faça a sua parte em monitorar e fiscalizar os serviços públicos, cobrando de seus representantes a aplicação correta dos recursos públicos com a prestação de serviços de qualidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN G E. *As três economias políticas do welfare state*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política nº 24, São Paulo, setembro 1991.

ARRETICHE M. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2)-331-345, 2003.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira, de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm [Acesso em 10 de setembro de 2017].

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)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) convênio MPAS/CEPAL. *Projeto: a política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*, volume I. Reflexões sobre a natureza do bem-estar. Brasília, 1989.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

CARDOSO JR, J C. *Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil: elementos para ressignificar o debate e capacitar o Estado*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2011.

CALIXTRE, A B; FAGNANI, E. *A política social e os limites do experimento desenvolvimentista (2003-2014)*. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 295, maio 2017.

CASTRO J A. *Política Social no Brasil: marco conceitual e análise da ampliação do escopo, escala e gasto público*. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação* | Número 1 | Janeiro-Junho de 2011.

DELGADO G, JACCOUD L, NOGUEIRA R P. *seguridade social: redefinindo o alcance da cidadania*. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Artigos* - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), nº 17 Vol.01, 2009.

GADELHA, C A G. *Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia*. Saúde em Debate; Rio de Janeiro, v. 19, nº 71, p. 326-327, set/dez. 2007.

GADELHA C A G, COSTA L. *Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S214-S226, 2007.

JANNUZZI P M. *Avaliação de programas públicos por meio da análise estruturada dos relatórios de auditoria da controladoria geral da união*. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 16, n. 59, Jul./Dez. 2011.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012. *Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html [Acesso em 20 de novembro de 2017].

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html [Acesso em 20 de novembro de 2017].

Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle – MTFC. *Relatório de avaliação da execução de programa de governo nº 61 serviço de atendimento móvel de urgência - samu 192*. Brasília, Agosto/2016

PAIM, JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p

PAIM, JS. *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Séries – Saúde no Brasil 1, The Lancet, 2011.

PIRES, R R C; GOMIDE, A A. *Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais*. Revista de Sociologia e Política, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. *Capacidades estatais e democracia : arranjos institucionais de políticas públicas*. Brasília : Ipea, 2014. 385 p.

RODRIGUES, P H. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS/* Paulo Henrique Rodrigues, Isabela Soares Santos. 2ª edição revista e ampliada. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SEN, A K. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SARAVA E; FERRAREZI E : Org. Políticas públicas; coletânea /. – Brasília: ENAP, 2006. 2 v

VIANA, A L D; MACHADO, C V. *Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm [Acesso em 22 de novembro de 2017].

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm [Acesso em 22 de novembro de 2017].

_____. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em : <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em 28/03/2018.