



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PAULO CESAR DOS ANJOS GASQUES

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA DE UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA**

São José do Rio Preto

2022

PAULO CESAR DOS ANJOS GASQUES

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde.

Grupo de Pesquisa: NEMOREGES.

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Orientador: Prof. Dr. Marli de Carvalho Jericó

São José do Rio Preto

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Gasques, Paulo Cesar dos Anjos
Sustentabilidade Econômica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / Paulo Cesar dos Anjos Gasques.
São José do Rio Preto; 2022.
106 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde
Grupo de Pesquisa: NEMOREGES

Orientador: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó
1. Custo e análise de Custo; 2. Financiamento da assistência à saúde; 3. SAMU; 4. SUS; 5. Indicadores de desenvolvimento sustentável.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó
Presidente e Orientador

Profa. Dra. Márcia Mascarenhas Alemão
Universidade Federal de Minas Gerais
1º Examinador

Prof. Dr. José Martins Pinto Neto
Fundação Educacional de Fernandópolis
2º Examinador

São José do Rio Preto, __/__/__

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir sonhar...

A minha esposa Sonia e ao meu filho Gabriel pelo incentivo, apoio e paciência nesta trajetória...

A minha orientadora Marli de Carvalho Jericó por todo o aprendizado me proporcionado e por acreditar que seria possível este trabalho...

Aos membros do Grupo de Pesquisa NEMOREGES que muito contribuíram para o enriquecimento deste trabalho...

Aos professores do PPGE, familiares, amigos e colegas de trabalho que contribuíram de alguma forma para que este trabalho se concretizasse...

A FAMERP por proporcionar uma estrutura com muita qualidade e com professores de excelência para que eu pudesse aprender e avançar na minha carreira profissional.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo financiamento do mestrado, que por ser gratuito foi possível conquistar a minha formação no mestrado.

Gratidão a todos!

EPÍGRAFE

*Faça o teu melhor, na condição que você tem,
enquanto você não tem condições melhores,
para fazer melhor ainda!
(Mario Sergio Cortella)*

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos,
no mínimo fará coisas admiráveis.”
(José de Alencar)*

SUMÁRIO

Sumário	07
Resumo	13
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Referencial Teórico	17
1.1.1 O SAMU e a Rede de atenção Urgência e Emergência (RUE).....	17
1.1.2 Financiamento do SUS e SAMU.....	20
1.1.3 Custos em Saúde	25
1.1.4 Sustentabilidade Econômica e Indicadores de Sustentabilidade.....	28
1.1.5 Indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).....	28
1.2 Justificativa da Pesquisa	31
1.3 Questão de Pesquisa	33
1.4 Hipótese da pesquisa.....	33
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos	34
3 MÉTODO	34
3.1 Tipo de Pesquisa	34
3.2 Local da Pesquisa	35
3.3 População.....	37
3.4 Procedimentos de coleta de dados	37
3.5 Procedimentos Éticos	37
3.6 Tratamento e Análise dos dados	37
4 RESULTADOS	50
4.1 Resultados da Análise dos Custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados.....	50
4.2 Resultados da Análise da inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU e correlação com variáveis independentes.....	60
4.3 Resultados da construção, aplicação e proposta de indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU.....	67
5 DISCUSSÃO	78

5.1 Discussão da Análise dos Custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados.....	79
5.2 Discussão da Análise da inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU.....	85
5.3 Discussão da construção, aplicação e proposta de indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU.....	88
6 CONCLUSÃO.....	91
7 FINANCIAMENTO.....	93
Referências	94
Apêndices	101
Anexo.	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa de abrangência do SAMU Regional de Rio Preto	35
Figura 2	Segmentação dos serviços do SAMU para apuração de custos	40
Figura 3	Esquema da aplicação do custo de absorção para a produção elencada do SAMU	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das despesas, produção e custo médio/chamada regulada da CRU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	50
Tabela 1.1	Distribuição do custo médio por chamada regulada na CRU por categoria profissional e outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	51
Tabela 2.	Distribuição das despesas, produção e custo médio/atendimento das USA, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	52
Tabela 2.1	Distribuição do custo médio por atendimento das USA por categoria profissional e insumos/outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	53
Tabela 3	Distribuição das despesas, produção e custo médio/participante do NEU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	54
Tabela 3.1	Distribuição do custo médio por profissional capacitado pelo NEU por categoria profissional e insumos/outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	55
Tabela 4	Distribuição do custo total anual (R\$) dos componentes do SAMU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	55
Tabela 4.1	Distribuição das despesas (R\$) dos componentes consolidados do SAMU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	56
Tabela 5	Distribuição da participação no custeio do SAMU por componente/ano, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	58
Tabela 6	Distribuição da diferença entre os custos do SAMU e os repasses recebidos/ano, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	59
Tabela 7	Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo porte populacional/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	61
Tabela 8	Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo participação nas transferências do governo/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	62
Tabela 9	Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo percentual de receitas próprias aplicadas em saúde/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	63
Tabela 10	Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo porte populacional/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	64
Tabela 11	Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo participação nas transferências do governo/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	65
Tabela 12	Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo percentual de receitas próprias aplicadas em saúde/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Totais de Profissionais (24 horas) e custeio mensal (habilitação e qualificação) das Centrais de Regulação das Urgências por porte populacional.	
Quadro 2	Valor de incentivo de custeio para manutenção das Unidades Móveis de Urgência habilitadas e qualificadas.	
Quadro 3	Caracterização dos indicadores de prevalência percentual de custeio dos componentes do SAMU entre os entes federados.	68
Quadro 4	Cálculo dos indicadores de prevalência de custeio da central de regulação de urgências entre os entes federados	69
Quadro 5	Cálculo dos indicadores de prevalência de custeio das unidades de suporte avançado entre os entes federados	69
Quadro 6	Cálculo dos indicadores de prevalência de custeio do núcleo de educação em urgências entre os entes federados	70
Quadro 7	Caracterização dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU por ente federado	70
Quadro 8	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências em relação à União	72
Quadro 9	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio da central de regulação de urgências em relação ao Estado	72
Quadro 10	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio da central de regulação de urgências em relação aos municípios conveniados	73
Quadro 11	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio das unidades de suporte avançado em relação à União	73
Quadro 12	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio das unidades de suporte avançado em relação ao Estado	73
Quadro 13	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio das unidades de suporte avançado em relação aos municípios conveniados	74
Quadro 14	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio do núcleo de educação de urgências em relação à União	74
Quadro 15	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio do núcleo de educação de urgências em relação ao Estado	74
Quadro 16	Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio do núcleo de educação de urgências em relação aos municípios conveniados	75
Quadro 17	Caracterização dos indicadores de diferença percentual consolidada entre o custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU	75
Quadro 18	Cálculo dos indicadores de diferença percentual consolidada de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências.	77
Quadro 19	Cálculo dos indicadores de diferença percentual consolidada de custeio das unidades de suporte avançado.	77
Quadro 20	Cálculo dos indicadores de diferença percentual consolidada de custeio do núcleo de educação de urgências	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISRU	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Centro-SUL
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgências
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
GRAU	Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
MTL	Motolância
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

RESUMO

Gasques PCA. Sustentabilidade Econômica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Pós Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2022.

OBJETIVO: Avaliar os incentivos financeiros de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência repassados pelos entes federados em relação ao custo do serviço executado nos municípios, a fim de verificar a sustentabilidade econômica do programa. **MÉTODOS:** Pesquisa transversal com delineamento descritivo, com abordagem quantitativa do tipo analítica, com correlação entre as variáveis descritiva, no período de abril de 2017 a dezembro de 2020 em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência que abrange 31 municípios do noroeste paulista brasileiro. A população foi composta pelos registros dos atendimentos de regulação de chamadas, atendimentos prestados e capacitações profissionais. Foram utilizados dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde do município sede deste programa e do Sistema de Orçamento Público em Saúde do Ministério da Saúde. Para o cálculo de custo foi utilizado o método de custeio por absorção. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 5103688. Foi realizado o tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados pelo software SPSS Statistics (IBM®). **RESULTADOS:** O custo médio de cada serviço ofertado consolidou-se em: R\$ 41,18 por chamada regulada; R\$ 2.383,35 por atendimento realizado pela Unidade de Suporte Avançado e R\$ 89,45 por participante capacitado. O custo total dos componentes foi de R\$ 42.254.621,96, sendo custeados em média 73,68% pelos municípios; 26,32% pela união e 0,00% pelo estado de São Paulo. Em relação aos percentuais de custeio preconizados pelos entes federados, os municípios conveniados custearam 48,68% a mais do total preconizado; a união custeou 23,68% a menos do total preconizado e o estado deixou de custear na integralidade os 25%. Em relação aos municípios conveniados; 90,32% estiveram inadimplentes em algum momento e ao final do período dessa pesquisa; 74,19% deles permaneciam inadimplentes (73,91% destes, mais de sete meses). Encontrou-se associação estatística de que quanto menor o município maior é a intensidade da inadimplência financeira do convênio. Também há evidência científica de que quanto maior o grau de dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo, maior o período de condição de inadimplência e sua intensidade. Não foi encontrada associação entre a inadimplência financeira e o percentual de receita própria aplicado em saúde. Propõe-se a utilização de indicadores para a avaliação da sustentabilidade econômica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **CONCLUSÃO:** Entre os entes federados, os municípios estão sendo sobrecarregados assumindo cerca de 48,68% a mais do custeio neste programa. A condição de inadimplência financeira dos municípios conveniados sugere o enfraquecimento da sustentabilidade econômica deste serviço, podendo levar sua interrupção à população. O avanço do conhecimento para além da atual literatura relacionados aos aspectos econômico-financeiros e de sustentabilidade, podem contribuir na implementação de políticas públicas, instrumentalizar gestores nas tomadas de decisões assistenciais e gerenciais, bem como meios de evitar a suspensão do atendimento móvel de urgência à população.

DESCRITORES: Custos e Análise de Custo; Financiamento da Assistência à Saúde; SAMU; SUS; Indicadores de Desenvolvimento Sustentável.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Mobile Emergency Care Service (*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ SAMU*) program is the reference of mobile pre-hospital emergency care of the Brazilian Ministry of Health for the entire country. There is a financial stimulus from the federal government in the form of a monthly transfer that works as an incentive for the program; however, there is no regularity of adjustments that follows the market economy. This program is the gateway to the Unified Health System, but the sustainability of the service requires financing and funding. **OBJECTIVE:** To assess the financial incentives for costing of the Mobile Emergency Care Service provided by the federative entities in relation to the cost of the service carried out in the municipalities, in order, to check the economic sustainability of the program. **METHODS:** Cross-sectional research with descriptive design, with quantitative approach of analytical type, with correlation between descriptive variables, in the period from April 2017 to December 2020 in a Mobile Emergency Care Service that covers 31 municipalities in northwestern of São Paulo state . Secondary data from the Municipal Health Secretary of the main municipality of this program and from the Public Health Budget System of the Ministry of Health were used. The population comprised the medical records of the Mobile Emergency Care Service; the call regulation services; services provided and professional training. For the costing calculation; the absorption costing method was used. The project was approved by the Research Ethics Committee, opinion number 5103688. The descriptive and inferential statistical analyses of data were performed using SPSS Statistics (IBM®) software. **RESULTS:** The average cost of each service provided was consolidated as follows: R\$ 41.18 per regulated call; R\$ 2,383.35 per care performed by the Advanced Supporting Unit and R\$ 89.45 per trained participant. The total cost of the components was R\$ 42,254,621.96, with an average of 73.68% being covered by the municipalities; 26.32% by the union and 0.00% by the state of São Paulo. In relation to the costing percentages recommended by the federated entities, the municipalities with agreements covered 48.68% more than what was recommended; the union covered 23.68% less and the state did not cover the entire 25%. In relation to the municipalities with convening agreements; 90.32% were in default at some point and at by the end of this research period; 74.19% of them remained in default (73.91% of these, for more than seven months). A statistical association was found that the smaller the municipality, the greater the intensity of the covenant's financial default. There is also some scientific evidence that the greater the degree of dependence of municipalities on transfers from other government spheres, the longer the period of default condition and its intensity. No association was found between financial default and the percentage of own revenue applied in health. The use of indicators to evaluate the economic sustainability of the Mobile Emergency Care Service is proposed. **CONCLUSION:** Among the federative entities, the municipalities are being overburdened, accounting for 48.68% more than the costs of this program. The condition of financial default of the municipalities suggests the weakening of the economic sustainability of this service, which can result in its interruption to the population.

DESCRIPTORS: Cost and Cost Analysis; Health Care Financing; *SAMU* ; *SUS*; Sustainable Development Indicators.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El programa Servicio Móvil de Atención de Urgencias es la referencia de atención prehospitalaria móvil de urgencias del Ministerio de Salud para todo Brasil. Hay un incentivo financiero del gobierno federal en forma de transferencia mensual, que funciona como un estímulo para el programa, pero no hay una regularidad de ajustes que acompañe a la economía de mercado. Este programa es la puerta de entrada al Sistema Único de Salud, sin embargo, la sostenibilidad del servicio pasa por el financiamiento y su costo. **OBJETIVO:** Evaluar los incentivos económicos para el financiamiento del Servicio de Atención Móvil de Emergencia transferidos desde las entidades federativas en relación al costo del servicio realizado en los municipios, a fin de verificar la sostenibilidad económica del programa. **MÉTODOS:** Investigación transversal con diseño descriptivo, con enfoque cuantitativo de tipo analítico, con correlación entre variables descriptivas, de abril de 2017 a diciembre de 2020 en un Servicio de Atención Móvil de Emergencia que cubre 31 municipios del noroeste de São Paulo. Se utilizaron datos secundarios de la Dirección Municipal de Salud del municipio sede de este programa y del Sistema Presupuestario de Salud Pública del Ministerio de Salud. La población estuvo compuesta por las historias clínicas, el Servicio Móvil de Atención de Urgencias, las llamadas de regulación de llamadas, la atención brindada y la formación profesional. Para el cálculo del costo se utilizó el método de costeo por absorción. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, dictamen nº 5103688. El tratamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos se realizó mediante el software SPSS Statistics (IBM®). **RESULTADOS:** El costo promedio de cada servicio ofrecido se consolidó en: R\$ 41,18 por llamada regulada; BRL 2.383,35 por servicio prestado por la Unidad de Apoyo Avanzado y BRL 89,45 por participante formado. El costo total de los componentes fue de R\$ 42.254.621,96, siendo el promedio de 73,68% pagado por los municipios; 26,32% para el sindicato y 0,00% para el estado de São Paulo. En relación a los porcentajes de costo recomendados por las entidades federativas, los municipios contratados pagaron 48,68% más de lo recomendado; el sindicato pagó un 23,68% menos y el estado dejó de pagar el 25% completo. En relación con los municipios contratados; El 90,32% estuvo en mora en algún momento y eso al final del periodo de esta investigación; El 74,19% de ellos permanecía en mora (el 73,91% de ellos, más de siete meses). Se encontró una asociación estadística de que cuanto menor es el municipio, mayor es la intensidad del incumplimiento financiero del convenio. También existe evidencia científica de que cuanto mayor sea el grado de dependencia de los municipios en relación con las transferencias de otras esferas de gobierno, mayor será el período de condición de incumplimiento y su intensidad. No se encontró asociación entre la morosidad financiera y el porcentaje de ingresos propios aplicado a la salud. Se propone utilizar indicadores para evaluar la sostenibilidad económica del Servicio Móvil de Atención de Urgencias. **CONCLUSIÓN:** Entre las entidades federativas, los municipios están siendo sobrecargados, asumiendo cerca del 48,68% más del costo de este programa. La condición de mora financiera de los municipios participantes sugiere el debilitamiento de la sostenibilidad económica de este servicio, lo que puede llevar a su interrupción a la población.

DESCRIPTORES: Costos y Análisis de Costos; Financiamiento de la Atención de la Salud; SAMU; SUS; Indicadores de Desarrollo Sostenible.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde universal que abrange mais de 213 milhões de brasileiros, pautado nos princípios e diretrizes tecno-assistenciais de universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica ^(GILSON CARVALHO – Saúde pública no Brasil). O SUS se organiza em redes de atenção à saúde (RASs), o que possibilita, de forma integrada, responder às condições de saúde da população com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade ^(Eugênio Vilaça – As redes de Atenção à Saúde).

Diversos programas e serviços são estruturados nacionalmente em níveis de atenção. Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária em Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. ^(Eugênio Vilaça – As redes de Atenção à Saúde) Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs. ^(Eugênio Vilaça – As redes de Atenção à Saúde)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel de urgência oficial do Ministério da Saúde no Brasil, e tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido uma agravo à sua saúde que possa levar ao sofrimento, a sequelas ou até mesmo à morte ^(Portaria 1600 de 7 de julho 2011).

Atualmente, o SAMU está presente em 3.848 municípios brasileiros e atende cerca de 180 milhões de habitantes. Existem 1.531 municípios que possuem bases do SAMU, 190 CRU, 2.971 USB, 660 USA, 253 motolâncias, 13 ambulanchas e 18 aeromédicos.¹⁵

Uma grande preocupação em relação ao SAMU é o seu financiamento. Existe um referencial de custeio entre União, Estados e Municípios para o mesmo, porém não há reajustes periódicos de custeio, e o último reajuste foi realizado em 2013. Neste cenário, este serviço público essencial à população brasileira pode estar em risco de descontinuidade ou de descaracterização.

Serão apresentados nas seções a seguir um maior detalhamento destas informações e a fundamentação que motivou esta dissertação.

1.1 Referencial Teórico

Serão tratados aqui alguns referenciais importantes para melhor compreensão da temática envolvida nesta pesquisa, abrangendo o SAMU, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), financiamento/custeio, sustentabilidade econômica, indicadores de sustentabilidade e algumas variáveis externas ao SAMU.

1.1.1 O SAMU e a Rede de atenção Urgência e Emergência (RUE)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi idealizado na França na década de 1960 e, seu modelo influenciou fortemente a estrutura deste serviço no Brasil.¹ Nos anos 2000, o SAMU foi criado no Brasil, em virtude dos desgastes dos serviços de urgência e emergência hospitalares que culminou na elaboração da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2003 pela Portaria n. 1.863 (PORTARIA 1863). Esta nova política garante que a atenção às urgências deve acontecer em todos os níveis de atenção à saúde, organizado desde a atenção primária até os cuidados pós-hospitalares. Ainda, a Portaria 1.864/2003 (PORTARIA 1864) implanta o SAMU como componente pré-hospitalar móvel de nova PNAU.² Este serviço se caracteriza por um socorro pré-hospitalar móvel solicitado pelo usuário por meio do número telefônico gratuito 192.

Os primeiros SAMUs no Brasil foram inaugurados antes da publicação da Portaria 1.864/2003 (PORTARIA 1864), sendo o de São Paulo em 1989, Belém/PA em 1994, Porto Alegre/RS em 1995, Campinas e Ribeirão Preto em 1996. No período de 2000 a 2002 foram inaugurados os SAMUs Natal/RN e Recife/PE⁶.

Por meio do Decreto 5.055 de 27/04/2004 (DECRETO 5055), o governo federal instituiu o SAMU e redefiniu as diretrizes para a implantação deste serviço por meio da Portaria 1.010 de 21/05/2012 (Portaria 1.010), trazendo definições, informações sobre composição, regionalização, capacitação e incentivos financeiros.³

Este é um programa fomentado pelo Ministério da Saúde (MS) com participação por adesão dos gestores municipais de saúde. Esta adesão foi determinada de forma regionalizada a partir da publicação da Portaria GM/MS 1.010/2012 (Portaria 1.010) como estratégia para ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o

território nacional. Esta medida também possibilitou a diluição de custos do serviço em economia de maior escala. Somente municípios com população igual ou maior que 500 mil habitantes constituem uma região e projetos regionais com população inferior a 350 mil habitantes necessitam de análise especial da área técnica específica do MS.⁴

Em sua estrutura organizacional possui um componente regulador representado pela central de regulação de urgências (CRU) e um componente assistencial representado pela equipe de unidades móveis. A CRU é composta por médicos reguladores, técnicos auxiliares (telefonista) e rádio-operador.⁵ Um telefonista atende à chamada e identifica a ocorrência, transferindo para o médico regulador que avalia a gravidade e situação podendo realizar orientações telefônicas ou destinar o atendimento assistencial.⁶ A equipe pode desenvolver o atendimento por alguns tipos de unidades móveis, conforme a necessidade do atendimento, disponibilidade/configuração do serviço e a realidade local:

- Unidade de Suporte Básico (USB) (composta por no mínimo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem);
- Unidade de Suporte Avançado (USA) (com mais recursos tecnológicos e equipe composta por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico);
- Equipe de aeromédico (composta por no mínimo um médico e um enfermeiro);
- Equipe de embarcação (composta por no mínimo o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem para atendimento de suporte básico e um médico e enfermeiro nos casos de suporte avançado);
- Motolância (MTL) (conduzido por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento de condução de motolância) e;
- Veículo de Intervenção Rápida (VIR) (composto por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro).⁵

A educação permanente no SAMU é pautada pelo capítulo VII da Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 (Portaria 2048 de 05/11/2002) que trata da criação de Núcleos de Educação em Urgências (NEUs), definição, princípios, objetivos e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área, porém não há financiamento do MS que fomente especificamente os NEUs.

Apesar da oferta ampliada de atenção à saúde em serviços de atenção primária organizados na lógica de adscrição do território e vinculação com equipe, uma parcela

considerável da população ainda busca os atendimentos de saúde nas emergências e pronto atendimentos de hospitais. Isto gera dificuldades de acesso a serviços básicos e especializados além de atrasos no diagnóstico e monitoramento de agravos e doenças na população.⁷ No intuito de vencer estas dificuldades, o MS, instituiu a construção das redes de atenção à saúde (RAS) como uma forma de organizar os serviços e assistência prestada.^{7,8}

As RAS foram instituídas em 2010 pela Portaria nº 4.279^(PORTARIA 4.279) (portaria posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação nº 03 de 28/09/2017^(PORTARIA 3 CONSOLIDAÇÃO)) e tem como finalidade a instituição de sistemas integrados de serviços de saúde com configuração de um contínuo coordenado de serviços para uma população definida, ou seja, pontos estratégicos de ordenação e estruturação da atenção à saúde que determinam a utilização da atenção secundária e terciária, sendo a atenção primária a ordenadora deste cuidado.⁸ Assim os serviços se estruturam em pontos de atenção compostos por equipamentos de diversas densidades tecnológicas que são distribuídos espacialmente de forma otimizada e para garantia da efetividade, eficiência e qualidade. Para tal, estão fundamentadas na economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, território sanitário e níveis de atenção.⁸⁻¹⁰

Os serviços de urgência e emergência são essenciais para a cadeia de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e são destinados aos problemas agudos e com alta gravidade com garantia de assistência rápida e otimizada nos casos de risco de morte. Porém, estes serviços vêm sofrendo com a sobrecarga com demanda excessiva, escassez de recursos e problemas na estruturação da rede de atenção.¹¹ Face a estes entraves, o MS, propôs a implantação da Rede de Urgências e Emergência (RUE), instituída pela Portaria 1.600 de 07/07/2011^(Portaria 1600 de 7 de julho 2011), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos e serviços de saúde no intuito de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de urgência e emergência de forma ágil e oportuna.¹² O SAMU é um importante e o principal serviço móvel da RUE, tendo a atenção primária como centro ordenador do cuidado sendo o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação, as prioridades.¹³

Embora o SAMU seja uma política de saúde importante na ordenação do fluxo assistencial das RAS no SUS, ainda persistem dificuldades no setor de urgência e emergência, no Brasil, considerando as demandas geradas pelas mudanças epidemiológicas, demográficas e sociais, além das dificuldades organizativas em relação aos recursos materiais e humanos de qualidade e a falta de protocolos de atendimento que otimizem as ações das equipes neste contexto.¹⁴

A gestão do SAMU pode ser realizada em diversas modalidades: Organizações Sociais de Saúde (OSS), consórcios públicos e contratos administrativos, podendo ser organizada de forma estadual (como no caso Alagoas) ou municipal.¹⁵

1.1.2 Financiamento do SUS e SAMU

A regulamentação do financiamento tem como embasamento a Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990^(LEI 8080), da Presidência da República, que define as competências nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. O município é a esfera de planejamento, avaliação e controle das ações e serviços de saúde para a população residente e participa do planejamento e organização das redes regionais em articulação com o Estado. Vale lembrar que a Lei 8.142 de 1990^(LEI 8.142), da Presidência da República, estabelece as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e a Lei complementar N° 141 de 2012 ^(LEI COMPLEMENTAR 141) determina os valores mínimos a serem aplicados por cada esfera de gestão.^{16,17}

Em 2016 foi promulgado pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional 95/2016^(EC 95/2016), que limita por 20 anos os gastos com saúde da esfera federal. Os valores, anteriormente estabelecidos pelo crescimento da Receita corrente líquida, ficam corrigidos pela inflação do ano anterior, causando preocupação quanto aos valores a serem repassados ao SUS.¹⁶

O Ministério da Saúde (MS) com o objetivo, de dar às demais esferas maior autonomia, publicou a Portaria n. 3.992 de 2017 ^(PORTARIA 3992), onde o financiamento realizado pela esfera federal, do repasse na modalidade fundo a fundo, passou a ser transferido em dois blocos: custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e de investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.¹⁸ No bloco de custeio estão contemplados os financiamentos para a Atenção Básica; Assistência Farmacêutica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. No bloco de investimento estão contemplados os financiamentos para a Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância em Saúde; Desenvolvimento de Tecnologias e Gestão do SUS.¹⁶

O custeio da atenção da média e alta complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar, conforme consta na Portaria de Consolidação N°6, de 28 de setembro de 2017 ^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), envolve dois componentes: Limite financeiro da MAC e Fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC). No componente MAC estão contemplados: Centro de

Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.⁵

Ainda na Portaria de Consolidação N°6 de 28 de setembro de 2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), é identificado no custeio da gestão do SUS, em referência ao componente para a implantação de ações e serviços de saúde, os incentivos para a implantação do SAMU; dos Incentivos Financeiros para Investimento do SAMU e a CRU. Foi instituído incentivo financeiro para construção de novas CRU do Componente SAMU 192 ou ampliação daquelas existentes, fundamentado em critério por porte populacional. Este incentivo corresponde à: R\$ 216.000,00 para municípios com população até 350 mil habitantes; R\$ 350.000,00 para municípios com população entre 350.001 e 3 milhões de habitantes e ; R\$ 440.000,00 para municípios acima de 3 milhões de habitantes.⁵

Os financiamentos devem atender as normas da portaria citada e serem pactuados nas instâncias deliberativas.

Em 2018 o MS redefiniu o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e publicou a Portaria 288 de 12 de março de 2018 (PORTARIA 288). O artigo 10º desta portaria diz que as unidades que integram o SAMU 192 do Governo Federal passam a serem identificadas pela marcação dos seguintes incentivos:¹⁹

- Central de regulação das urgências (CRU) SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para custeio da Central de Regulação das Urgências (CRU) do SAMU 192;
- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar Aeromédico SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para custeio da Unidade Móvel Aérea de Atendimento Pré- Hospitalar Tipo Helicóptero ou Aeromédico do SAMU 192;
- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar Ambulancha SAMU 192: incentivo financeiro com valor fixo, repassado fundo a fundo, para custeio das ações realizadas pela Unidade Móvel Fluvial de Atendimento Pré-Hospitalar tipo Lancha - Ambulancha do SAMU 192.
- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar Motolância SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para custeio da Unidade Móvel

Terrestre de Atendimento Pré-Hospitalar Tipo Motocicleta – Motolância do SAMU 192;

- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar USA SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para custeio das pela Unidade Móvel Terrestre de Atendimento Pré- Hospitalar Tipo Ambulância, com Suporte Avançado de Vida – USA do SAMU 192;

- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar USB SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para custeio da Unidade Móvel de Atendimento Pré-Hospitalar Tipo Ambulância, com Suporte Básico de Vida - USB do SAMU 192;

- Unidade Móvel de Atendimento Pré-hospitalar USB SAMU 192: incentivo financeiro fixo, repasse fundo a fundo, para qualificação das ações da Central de Regulação de Urgências e Unidades Móveis de Atendimento Pré- Hospitalar do SAMU 192, processo de qualificação.¹⁹

Com base na Lei 8.142 de 1990 ^(LEI 8.142), da Presidência da República e na Lei complementar n° 141 de 2012 ^(LC 141), por meio da Portaria GM/MS N° 639 de 25 de março de 2022 ^(PORTARIA 639), foi apresentado os recursos anuais da esfera federal, de transferência para os municípios, estados e o Distrito Federal, para o co-financiamento da MAC ambulatorial e hospitalar. Na apresentação dos valores anuais, por municípios e estados, é destacado o montante, referentes ao SAMU, para o Estado de São Paulo, gestão estadual e municipal no valor anual de R\$ 238.809.300,00.²⁰

Especificamente para o SAMU, o custeio é realizado com recursos públicos da União, Estados e Municípios, sendo a Portaria de Consolidação n° 6 de 28 de setembro de 2017 ^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), a referência dos chamados incentivos financeiros de custeio. A característica do financiamento é por habilitação e qualificação do serviço e não por volume de produção. Necessita-se manter o serviço de acordo com os requisitos de habilitação/qualificação que comprovam a atividade, o compromisso do gestor e a padronização visual, além de outros pontos, e informar mensalmente a produção dos componentes do SAMU no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS.⁵

Posteriormente à habilitação dos componentes do SAMU, os municípios podem realizar processo de qualificação do serviço, que após concluído, garante um valor maior de incentivo de custeio de manutenção.

O artigo 938 da Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06) diz que, as despesas de custeio mensal do SAMU são de responsabilidade compartilhada, referenciando os percentuais de custeio na seguinte proporção: 50% da despesa custeada pela União, no mínimo 25% das despesas custeadas pelo Estado e no máximo 25% das despesas custeadas pelos municípios.⁵ Estes percentuais de custeio para cada ente federado serão identificados ao longo desta pesquisa como “percentual de custeio referenciado”.

A última atualização de valores do custeio mensal do SAMU pelo Ministério da Saúde ocorreu em 2013, através da Portaria MS/GM 1.473/2013 (PORTARIA 1.473/2013). Os valores de incentivo financeiro de custeio mensais atuais estão descritos no quadro abaixo:⁵

Quadro 01: Totais de Profissionais (24 horas) e custeio mensal (habilitação e qualificação) das Centrais de Regulação das Urgências por porte populacional.

População	Médico Regulador	Técnico Auxiliar de Regulação Médica	Rádio-operador	Repasso do MS (habilitada) R\$	Repasso do MS (habilitada e qualificada) R\$
Até 350.000	02	03	02	42.000,00	52.605,00
350.001 a 700.000	04	05	02	68.600,00	85.921,50
700.001 a 1.500.000	05	08	02	89.600,00	112.224,00
1.500.001 a 2.000.000	07	11	02	110.600,00	138.526,50
2.000.001 a 2.500.000	09	13	03	131.600,00	164.829,00
2.500.001 a 3.000.000	11	15	04	152.600,00	191.131,50
3.000.001 a 3.750.000	12	17	05	173.600,00	217.434,00
3.750.001 a 4.500.000	14	22	07	194.600,00	243.736,50
4.500.001 a 5.250.000	16	26	08	215.600,00	270.039,00
5.250.001 a 6.000.000	18	30	10	236.600,00	296.341,50
6.000.001 a 7.000.000	20	35	12	257.600,00	322.644,00
7.000.001 a 8.000.000	22	40	14	278.600,00	348.946,50
8.000.001 a 9.000.000	24	45	16	299.600,00	375.249,00
9.000.001 a 10.000.000	25	50	17	320.600,00	401.551,50
Acima de 10.000.001	27	56	19	341.600,00	427.854,00

Fonte: Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017

Quadro 02: Valor de incentivo de custeio para manutenção das Unidades Móveis de Urgência habilitadas e qualificadas.

Unidade Móvel	R\$ Habilitada	R\$ Qualificado
Embarcação	45.000,00	75.000,00
Motolância	7.000,00	7.000,00
Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre – USB	13.125,00	21.919,00
Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre – USA	38.500,00	48.221,00
Unidade Aeromédica	38.500,00	48.221,00
Veículo de Intervenção Rápida – VIR	38.500,00	48.221,00

Fonte: Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017

O parágrafo único do artigo 923 da Portaria de Consolidação nº 6 de 28/09/2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), ainda diz que o incentivo financeiro descrito no quadro acima será acrescido de 30% para custeio das unidades móveis localizadas em municípios situados na região da Amazônia Legal.⁵

A Portaria de Consolidação nº 6 de 28/09/2022^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), refere-se, como visto anteriormente, que os Estados custeiam no mínimo 25% das despesas do SAMU, porém, na prática o auxílio dos Estados é bem diverso, como por exemplo, o Estado de Alagoas que é responsável pela Gestão total do SAMU no Estado e ainda o Estado de São Paulo, que não participa no custeio de nenhum componente do SAMU.⁵

No decorrer desta pesquisa utilizaremos estes valores mensais de custeio dos entes federados para calcular o percentual que estes representam em relação ao custo de cada componente do SAMU. Este percentual resultante será identificado como “percentual de custeio efetivo” do SAMU custeado pelos entes federados.

O governo do Estado de São Paulo também possui um programa para APH móvel de urgência, chamado de Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU) que abrange todo o Estado, organizado pelo Decreto Nº 61.444, de 20 de agosto de 2015²¹. Foi criado com o objetivo de fornecer resgate médico, aero médico e atendimento a desastres integrado com o Corpo de Bombeiros e Comando de Aviação da Polícia Militar²¹.

Nos municípios paulistas que têm abrangência do SAMU e do GRAU, estes trabalham em conjunto para agilizar e evitar duplicidade no atendimento. O objeto de estudo desta pesquisa limitou-se ao programa do SAMU.

1.1.3 Custos em Saúde

Os custos passaram a ser elementos estratégicos tanto no sistema privado quanto no sistema público de saúde, uma vez que as instituições contam com recursos escassos e gastos crescentes. Especificamente no setor público, o MS, por meio da Portaria nº 55 de 10/01/2018^(PORTARIA 55) institucionalizou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de otimizar o desempenho do SUS.²²

O Art. 2º da Portaria 55 de 10/01/2018 traz os objetivos do PNGC:²²

I - propor e estabelecer diretrizes, estratégias e prioridades para a implantação da apuração e gestão de custos no âmbito do SUS, com vistas à avaliação de seus resultados e promoção da eficiência no uso dos recursos;

II - disponibilizar sistema de informação específico, com metodologia padronizada, capaz de promover a apuração e gestão de custos no âmbito do SUS, respeitadas as diretrizes fixadas pelo programa;

III - fomentar a formação de capacidade técnica em gestão de custos no âmbito do SUS, nos aspectos metodológicos, no manuseio das ferramentas utilizadas e no uso da informação para a tomada de decisão no SUS;

IV - promover a cultura de gestão de custos no âmbito do SUS;

V - fomentar a troca de informações e experiências, bem como parcerias intrainstitucionais e parcerias interinstitucionais, a fim de proporcionar o aprendizado conjunto em gestão de custos no SUS; e

VI - estabelecer diretrizes para o acesso à base de conhecimento em custos gerada a partir das informações oriundas dos órgãos administrativos e unidades assistenciais do SUS participantes do PNGC.

A adesão dos municípios ao PNGC é voluntária e o programa já avança na estruturação de custos em alguns segmentos da saúde pública (como custos hospitalares e unidades de pronto atendimento), porém ainda não há metodologia e sistema consolidado disponível ao SAMU.

Pesquisas de custos no SUS são relevantes, porque evidenciam as características e o quanto de recursos (humanos, material, serviços e tecnologias) são efetivamente gastos para o desenvolvimento de um programa, serviço, atividade ou tecnologia. Também, indica o quanto de financiamento é necessário para garantir a toda a população o acesso à atenção saúde. Ainda, são significativas para que a gestão dos serviços se dê de forma eficiente no sistema público de saúde²³ Vale lembrar que, como ferramenta de gestão, atende às finalidades de controle, auxilia na análise de viabilidade economia de um programa e ampara o processo decisório em relação a alocação de recursos e redução de custos.

Para tanto, é importante o conhecimento de alguns conceitos básicos na área de custos, como segue:

Gasto:

Despesa:

Custo: gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços²⁴

Centro de Custo:

Sistema de custeio:

Método de custeio:

A diferença entre custo e despesa é relevante nas instituições privadas, onde se presume a apuração do lucro operacional, especificamente para composição do relatório contábil chamado Demonstrativo de Resultado de Exercício (DRE) (Introdução à Gestão de Custos em Saúde). Torna-se importante saber que, para as instituições públicas, onde se presume que toda a estrutura envolvida tem como objetivo o produto/serviço final a ser ofertado, as despesas podem ser classificadas como custos, simplificando a compreensão destes. (Introdução à Gestão de Custos em Saúde). Desta forma, nesta pesquisa as despesas também serão tratadas preferencialmente como custos.

Os custos podem ser classificados sob algumas óticas distintas. Quando classificados de acordo com a necessidade gerencial almejada, são classificados pelo critério de identificação, como custo direto e custo indireto²⁴. Os custos diretos são diretamente identificados aos produtos/serviços enquanto que os custos indiretos são alocados de maneira estimada²⁴. Tendo como referência a sua variabilidade, os custos são classificados como custos fixos e custos variáveis.²⁴ Conforme o volume de produção realizada os custos fixos são constantes e os custos variáveis ocorrem variações^(Martins, 2018).

Para custear um processo produtivo é preciso um sistema que permita o gerenciamento de todas as fases desse ciclo de produção, podendo realiza-lo de várias formas. Assim, a compreensão de custeio pode ser definida como metodologia de apuração de custos. As metodologias de custeio viabilizam a realização de estudos de custos ou avaliações, pois organizam as informações econômicas^(Martins, 2018). As metodologias de custeio mais utilizadas na área da saúde são: por absorção, por procedimento, por patologia (ou paciente), padrão e por atividade.^(Martins, 2018)

O Custeio por Absorção é considerado um sistema de custeio integral, pois ele apropria todos os custos incorridos para a produção de um bem ou serviço, ou seja, considera os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis^(Martins, 2018). Este sistema exige a divisão da instituição em centros de custo, os quais correspondem a unidades independentes de produção sendo que os custos administrativos e de apoio são distribuídos utilizando critérios de rateio para os centros de custo produtivos^(Martins, 2018). Este sistema de apropriação de custos por absorção tem sido o mais utilizado e pode trazer grandes vantagens para as instituições, principalmente para aquelas que o custo indireto não é considerável, pois os rateios dos custos indiretos podem implicar em avaliação incorreta dos custos finais.^(Martins, 2018) O custeio de procedimentos significa a constituição do custo sob a unidade do “paciente” e compreende, portanto, todos os insumos utilizados no fluxo percorrido pelo paciente, ao longo das unidades funcionais de prestação de serviço.^(Martins, 2018)

Para apuração do Custo-Padrão, definido a partir de uma série de informações disponíveis sobre cada procedimento ou patologia, cria-se grupos de trabalho composto de médicos especialista, administradores e contadores, que estudariam a natureza de cada grupo de procedimentos e patologias, estabelecendo as formas mais custo-efetivas para o tratamento de cada patologia^(Martins, 2018)

O custeio baseado em atividade (ABC) pressupõe que as atividades consomem os recursos, gerando custos, e que os serviços utilizam tais atividades, absorvendo seus custos;

reduzindo sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos. (Martins, 2018)

1.1.4 Sustentabilidade Econômica e Indicadores de Sustentabilidade

A palavra sustentabilidade está originalmente ligada ao cenário ambiental e associada à reversão de danos causados pelo homem à natureza e ainda às ações para impedir novas agressões, afim de assegurar a preservação da natureza. Contudo, a sustentabilidade evoluiu para várias dimensões: a ecológica ou ambiental, econômica, social, espacial ou territorial, cultural, política, jurídico-política, ética, psicológica e tecnológica. (IAQUINTO, 2018).

A dimensão econômica da sustentabilidade apresenta diversas perspectivas. A sustentabilidade econômica é possibilitada por meio da alocação e gestão mais eficiente dos recursos e por uma regularidade de investimento público e privado (SACHS, 1993). Especificamente, relacionada ao SAMU, objeto dessa pesquisa, está relacionada à capacidade de se manter ininterrupta a execução dos serviços, por meio da correta alocação e gestão dos recursos.

O termo “indicador” origina-se do latim *indicare* que significa descobrir, apontar para, desvendar, anunciar, estimar ou trazer ao conhecimento público (OLIVEIRA; 2008). Os indicadores, quando bem formulados e aplicados de maneira correta, podem ser excelentes ferramentas na elaboração de diagnósticos e na avaliação da situação da localidade diante da possibilidade de alcançar a sustentabilidade de um projeto. Eles possibilitam ainda identificar os problemas e as potencialidades locais para promover a elaboração de ações, o estabelecimento de metas e auxiliam no monitoramento de projetos e na avaliação de seus impactos (KRONENBERGER, 2011).

1.1.5 Indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

O SIOPS tem o objetivo de apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde (nota Técnica SIOPS). O mesmo é disponibilizado pela internet e seu banco de

dados é alimentado pelos próprios Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS ^(nota Técnica SIOPS).

As ações e serviços públicos de saúde são definidos pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 08 de maio de 2003 em sua quinta diretriz ^(RESOLUÇÃO 322).

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Nesta pesquisa abordaremos dois indicadores do SIOPS, sendo o indicador “1.2 Participação % das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do município (excluídas as deduções)” e o indicador “3.2 - % da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000^(EC29)”.

Segue abaixo quadro descritivo dos indicadores do SIOPS utilizados nesta pesquisa.

Quadro 03 – Conceito e abrangência dos indicadores do SIOPS utilizados na pesquisa

Indicador	Conceito	O que mede
1.2 - Participação % das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do município (excluídas as deduções)	Representa a participação das Transferências Intergovernamentais (incluindo as Transferências Constitucionais e Legais, as Transferências Voluntárias e a remuneração por serviços de Saúde pagos pela União ao município) em relação à receita total do município.	Grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo
3.2 - % da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	Representa o percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29	% de recursos próprios aplicados em Saúde

Fonte: (nota Técnica SIOPS).

O indicador 1.2 visa medir a participação percentual das transferências intergovernamentais na receita total do município, excluídas as deduções, visando responder a seguinte questão: “Do total da receita do município, excetuando-se as deduções (denominador), qual é o percentual advindo das transferências intergovernamentais (numerador)?” : (nota Técnica SIOPS). Busca, em última análise, captar o grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas do governo. Assim, quanto maior for o percentual informado nesse indicador, maior será a dependência do município com respeito a transferências de recursos de outras esferas de governo (nota Técnica SIOPS).

Memória de cálculo:

$$\frac{\text{Total de receitas de transferências intergovernamentais}}{\text{Total da receita do município, excluídas as deduções}} * 100$$

O detalhamento das contas contábeis do indicador 1.2 consta na Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS (nota Técnica SIOPS).

O indicador 3.2 (Percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000^(EC29)) objetiva demonstrar o percentual de recursos próprios gastos em ações e serviços de saúde – ASPS (nota Técnica SIOPS). Recursos próprios são os impostos arrecadados diretamente pelo município e os transferidos pelas outras esferas de governo, mediante definição constitucional (nota Técnica SIOPS).

O indicador 3.2 é calculado pela fórmula:

$$\text{Indicador 3.2} = \frac{\text{Despesas com ASPS}}{\text{Receitas Próprias}}$$

O detalhamento das contas contábeis do indicador 3.2 consta na Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS^(nota Técnica SIOPS).

1.2 Justificativa da Pesquisa

O programa do SAMU é a referência de Atendimento Pré-Hospitalar móvel de urgência do MS para todo o Brasil, com uma cobertura em torno de 85% da população.¹⁵ Há um incentivo financeiro do governo federal em forma de repasse mensal, funcionando como fomento para o programa, porém não tem regularidade de ajustes que acompanha a economia de mercado, podendo comprometer a sustentabilidade do serviço que envolve o financiamento e seu custeio. Vale lembrar, que o último reajuste dos valores de incentivo de custeio para manutenção do SAMU ocorreu em 2013.⁵

Este serviço é de fundamental importância para a população e a estruturação da saúde pública no país, pois além de organizar a RUE também atua como porta de entrada qualificada do SUS. Trata-se de um serviço público ininterrupto, que atende sem distinção a toda a população. Muitas vidas são salvas, ou muitas sequelas são evitadas/atenuadas devido ao exímio trabalho proporcionado pelo SAMU. Porém, a escassez de recursos financeiros para este serviço pode inviabilizar a manutenção e garantia do mesmo.

O custeio do SAMU é um fator de alta relevância para o estímulo de sua implantação e sustentabilidade. Este é um serviço fomentado pelo MS com a participação por adesão dos municípios, os quais o operacionalizam. A forma de custeio do SAMU foi definida pelo MS por meio da Portaria 1.010 de 21/05/2012^(Portaria 1.010) (posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação nº 06 de 28/09/2017)^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), instituindo a participação das três esferas de governo, sendo 50% do financiamento do custeio pela União e 25% pelos Estados e Municípios, respectivamente. No entanto, como citado anteriormente, os valores de custeio referenciados na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06), não sofrem reajustes conforme a inflação de mercado. A inflação IPCA acumulada de julho de 2013 a setembro de 2022 foi de 71,43%^(IBGE). Além disso, alguns

estados não realizam a transferência de valores aos municípios para este programa (como o Estado de São Paulo por exemplo), e nestes casos os municípios assumem também a parcela de custeio deste ente federado.

Os representantes municipais sempre manifestam em fóruns sobre financiamento do SUS a dificuldade financeira de se manter o SAMU, porém até o momento não foi encontrado na literatura nacional consultada, estudo que aborde, discuta e traga informações mais objetivas que corroborem ou refutem esta afirmação, ou ainda, apresente os impactos na operacionalização de custos e financiamento relacionados ao referido serviço. Nos congressos realizados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a alegação dos municípios é que falta recursos financeiros para a saúde pública^(carta do congresso cosems-sp 2022, carta cosems-pr 2022, Carta CONASEMS - Aracaju), enquanto que, o posicionamento do governo federal, é que falta uma melhor gestão dos recursos existentes.

Na carta do XXXVI Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná de 2022 (carta de Foz do Iguaçu/2022)^(carta cosems-PR 2022), houve também manifestação específica em relação ao financiamento do SAMU e a Rede de Atenção às Urgências (RAU):

Reivindicar, junto à SESA, a ampliação do cofinanciamento para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e para os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (RAU);

Em entrevista com 24 coordenadores estaduais de urgência entre 2013 e 2014, foram evidenciadas desigualdades na implantação do SAMU entre estados e regiões e destacado sobre a insuficiência do financiamento federal⁶.

A habilidade de mobilizar e alocar recursos diversos suficientes e apropriados a longo prazo é primordial para um sistema de saúde sustentável^(ALVES; CARNUT; MENDES, 2019).

Esta pesquisa reuniu e apurou informações que associam a sustentabilidade econômica do SAMU. O conhecimento do custo do SAMU e a participação dos entes federados em seu financiamento instrumentaliza um olhar e discussão sob o aspecto financeiro, orçamentário, estrutural e de política pública de saúde, conhecimento este que até o momento não havia sido encontrado na literatura nacional pesquisada.

Espera-se que tal conhecimento possa instrumentalizar discussões e auxilie na sustentabilidade do sistema existente, ou ainda, instigar a busca por alternativas que supram suas necessidades.

1.3 Questão da pesquisa

- O financiamento do SAMU pelos entes federados está propiciando a sustentabilidade econômica do serviço nos municípios?

Pelo contexto apresentado anteriormente, buscou-se avaliar o custo operacional do SAMU e seu financiamento à luz da sustentabilidade do serviço para os municípios, chegando a respostas às seguintes indagações iniciais que darão suporte no alcance do objetivo: Qual o custo médio de um atendimento pelas viaturas do SAMU? Qual o custo médio de um atendimento telefônico na Central de Regulação de Urgências (CRU)? Qual o custo médio de um profissional capacitado pelo Núcleo de Educação de Urgências (NEU)? Qual o valor do incentivo financeiro e qual o custo real do SAMU? Qual o percentual de custeio de cada ente federado (união, estado e município) na prática? Os incentivos financeiros do governo federal condizem com a proposta operacional e de custeio do SAMU? Há disparidade no financiamento/custeio do SAMU capaz de inviabilizá-lo? Há dificuldade por parte dos municípios para saldar as despesas da execução do SAMU? Municípios com quantitativo populacional menor tem maior dificuldade para saldar o custeio do SAMU? Municípios com um grau maior de dependência das receitas do Estado e União tem maior dificuldade para custear o SAMU? Municípios que investem proporcionalmente mais em despesas de saúde tem maior dificuldade custear o SAMU? Municípios com quantitativo populacional menor tem maior dificuldade custear o SAMU? Municípios com um grau maior de dependência das receitas do Estado e União tem maior dificuldade para custear o SAMU? Municípios que investem proporcionalmente mais em despesas de saúde tem maior dificuldade para custear o SAMU?

1.4 Hipótese da pesquisa

O incentivo financeiro de custeio do SAMU pelos entes federados está comprometendo a sustentabilidade econômica do SAMU.

2. OBJETIVO

Para melhor compreensão do objetivo da pesquisa, apresenta-se um objetivo geral e três objetivos específicos que contribuem para o alcance do objetivo geral.

2.1 Objetivo Geral

Verificar a sustentabilidade econômica do SAMU.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Analisar os custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados;
- 2) Verificar a inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU e correlacionar com variáveis independentes ao SAMU;
- 3) Construir, aplicação e proposta de indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU.

3. MÉTODO

Serão apresentadas as etapas, os instrumentos, a temporalidade, os procedimentos e as características da população alvo da pesquisa.

3.1 Tipo de Pesquisa

Esta é uma pesquisa transversal com delineamento descritivo, com abordagem quantitativa do tipo analítica, com correlação entre as variáveis descritiva.

É transversal por apresentar-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se a presença ou ausência da exposição ou do efeito ^(Gil, 2022). Descritiva por focar a descrição de ocorrências e fenômenos, demandando do pesquisador a investigação de uma série de informações a respeito do tema econômico/financeiro ^(Gil, 2022). É quantitativa por que avalia a realidade a partir da análise de dados brutos, instrumentos estruturados e padronizados ^(Gil, 2022). A análise dos dados numéricos é realizada por meio de procedimentos estatísticos ^(Gil, 2022).

E, como técnica de coleta de dados a pesquisa documental que refere-se às fontes primárias de documentos escritos na área de custos e vários outros tipos de relatórios do SAMU. ^(Gil, 2022)

3.2 Local da Pesquisa

Especificamente, o local de pesquisa foi o SAMU localizado em São José do Rio Preto/SP, o qual de forma regional está consolidado desde 2012 e é composto por 31 municípios com uma estimativa populacional de cobertura de 830.225 habitantes ^(IBGE,2018), reunindo os municípios das Comissões Intergestores Regionais “Rio Preto”(20) e “José Bonifácio(11)”, conforme figura 01 abaixo:



Figura 01: Mapa de Abrangência do Samu Regional de Rio Preto
Fonte: Convênio 01/2017 - SAMU Regional Rio Preto

Tais municípios são regidos pelo instrumento de convênio 01/2017 ^(Convênio 01/2017/SMS?) celebrado entre os 31 municípios que tem por objetivo viabilizar tecnicamente e financeiramente o SAMU a estes municípios. Este convênio contém um plano de trabalho com todas as referências estruturais da RUE na região disponíveis ao SAMU, protocolos, forma de rateio financeiro (*per capita*) e indicadores de produção que contemplam os seguintes componentes: 01 CRU , 03 USAs e 01 NEU.

A estruturação de um NEU para realizar capacitações e treinamentos contínuos segue as diretrizes da Portaria 2048/2022 ^(Portaria 2048 de 05/11/2002). Para o SAMU em questão, o NEU é visto como um componente fundamental de sustentação da qualidade de todo o trabalho

assistencial, e por esta razão ele é considerado nesta pesquisa como um Componente estrutural do SAMU, mesmo não recebendo repasse financeiro do MS e SES.

Vale ressaltar que, neste convênio, os componentes do SAMU “Unidade de Suporte Básico (USB)” e “Motolância (MTL)” são de responsabilidade estrutural e financeira dos municípios que os detêm (atendimento somente no município sede), embora a CRU possa acioná-los regionalmente em situações de excepcionalidade.

No convênio 01/2017^(Convênio 01/2017/SMS?) o município sede assume a operacionalização do SAMU, contando com o apoio de uma comissão gestora deliberativa formada pelo município sede e representantes das CIRs de Rio Preto e José Bonifácio.

Não há pagamento de taxas administrativas ou provisão de valores para composição de reservas financeiras. Estima-se o valor das despesas do SAMU no período do convênio, podendo este ser reajustado quando necessário, e realiza-se o rateio proporcional ao número de habitantes de cada município participante. Em caso de ocorrência de atraso ou não pagamento dos repasses mensais de custeio por parte dos municípios conveniados (inadimplência financeira) o mesmo suporta momentaneamente este déficit financeiro para garantir a execução das atividades do convênio até que os municípios realizem efetivamente o repasse financeiro devido ao convênio para atingir o equilíbrio financeiro do mesmo.

Coube ao município sede também a cessão da estrutura física para a execução do convênio e os investimentos em equipamentos permanentes de grande impacto financeiro, ficando apenas a manutenção dos mesmos para rateio no convênio.

O município sede realiza os trabalhos administrativos para a manutenção do convênio sem cobrança para os conveniados. As despesas com os profissionais administrativos das áreas que contribuem com parte da carga horária em atividades do convênio como: apoio jurídico, fundo municipal de saúde, coordenação de urgências, gestão de custos também são custeados exclusivamente pelo município sede.

A compra dos insumos do convênio é realizada pelo município sede em seus processos licitatórios nos moldes da lei 8.666/93 de 21 de junho de 1993⁽ o que possibilita realizar compras em maior escala considerando o município de médio porte, beneficiando o convênio com a tendência de preços menores nesta prática e atendendo a legislação para órgãos públicos

3.3 População

A população foi composta pelos registros do SAMU dos relatórios de atendimento de regulação de chamadas, atendimentos prestados com USAs e capacitações profissionais.

Para coleta de dados foram utilizados relatórios de custos e despesas, planilhas financeiras, prestação de contas e o instrumento de convênio do SAMU no período de abril de 2017 a dezembro de 2020, incluídos no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município sede do programa. A data inicial do período foi escolhida por marcar o início de vigência do convênio celebrado entre os municípios, e a data final coincide com a disponibilidade dos dados para a pesquisa.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

Foram utilizados dados secundários, sendo realizadas as coletas por documentos juntamente à coordenação do SAMU (responsável pelos dados de produção do serviço), fundo municipal de saúde (responsável pelo acompanhamento e gestão das transferências financeiras da SMS), gerência de custos da SMS (responsável pelo acompanhamento das despesas e organização da prestação de contas do convênio) e departamento de apoio jurídico (responsável pelo instrumento legal do convênio). Também, foi consultado SIOPS, do MS, para obtenção de dados orçamentários dos municípios que compõe o SAMU regional.

3.5 Procedimentos Éticos

Seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à autorização da SMS e apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo Parecer nº 5103688 (ANEXO I).

3.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados dos documentos coletados foram inseridos e organizados em planilhas eletrônicas do programa Excel (Microsoft®) (apêndices I a IV) que subsidiaram o alcance dos objetivos específicos da seguinte forma:

- **Objetivo Específico 01: Analisar os custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados**

Para este objetivo específico foram realizadas seis etapas (etapa 01 a 06), descritas abaixo:

Etapa 01 – Quantificação dos atendimentos/produção em cada componente do SAMU

Foram utilizados dos dados de atendimento no período relativo da pesquisa obtidos com a coordenação do SAMU, agrupados e somados por componente.

Para a produção da CRU foi considerado como unidade do serviço ofertado o número de chamadas reguladas pela CRU, e a quantificação foi realizada somando todas as chamadas reguladas em cada período determinado.

Para a produção das USAs foi considerado como unidade do serviço ofertado o número de atendimentos realizados, e a quantificação foi realizada somando todos os atendimentos em cada período determinado.

Para a produção do NEU foi considerado como unidade do serviço ofertado o número de participantes dos cursos realizados pelo NEU, e a quantificação foi realizada somando todos os participantes dos cursos realizados em cada período determinado.

$$\textit{produção de "X"} = \sum n$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

\sum : indicação de soma no período determinado;

n: corresponde ao número unitário do serviço ofertado pelo componente “X”

Etapa 02 – Determinação do custo total de cada componente do SAMU

Para esta etapa utilizou-se os dados obtidos na gerência de custos da SMS do município sede. A gerência de custos não dispõe de sistema de custos, mas sim de uma planilha eletrônica que contém todas as despesas da Secretaria Municipal de Saúde

organizadas por unidade de saúde ou serviço de interesse. Cada despesa elencada na planilha eletrônica é proveniente de sua fonte primária (folha de pagamento, contas de água, movimentação de insumos entre outros) que passa por um processo de conferência, identificação, análise e inferência da despesa para cada centro de custo de interesse, alimentando assim a planilha eletrônica de custos.

Há na planilha eletrônica de custos alguns agrupamentos de despesas, que foram simplificados da seguinte forma:

- a) Recursos Humanos - correspondem às despesas de folha de pagamento dos funcionários da SMS (administrativos, telefonistas, enfermeiros, médicos, motoristas socorristas, etc.)
- b) Despesas Permanentes - correspondem às despesas com água & esgoto, energia, telefonia fixa, telefonia móvel, locação de imóvel e alarme;
- c) Insumos - corresponde às despesas com insumos diversos envolvidos diretamente ou indiretamente na produção relativa a cada componente, tais como: materiais de escritório, materiais médicos, medicamentos, oxigênio medicinal, uniformes, combustíveis, etc...
- d) Despesas Gerais - corresponde às despesas gerais que não se enquadram diretamente nos itens anteriores, mas são atribuídas diretamente ou indiretamente na produção de cada componente, tais como: manutenção predial, manutenção de equipamentos, despesas com viagens e cursos, etc...).

Para determinar o custo total de cada componente do SAMU somaram-se os custos com Recursos Humanos, despesas permanentes, insumos e despesas gerais do período determinado, como descrito abaixo:

$$\text{Custo total do componente "X"} = \sum(RH + DP + INS + DG)$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

Σ : indicação de soma no período determinado;

RH: corresponde às despesas com recursos humanos do componente “X” relativo ao período determinado;

DP: corresponde às despesas de caráter permanente do componente “X” relativo ao período determinado;

INS: corresponde às despesas com insumos do componente “X” relativo ao período determinado;

DG: corresponde às despesas gerais do componente “X” relativo ao período determinado;

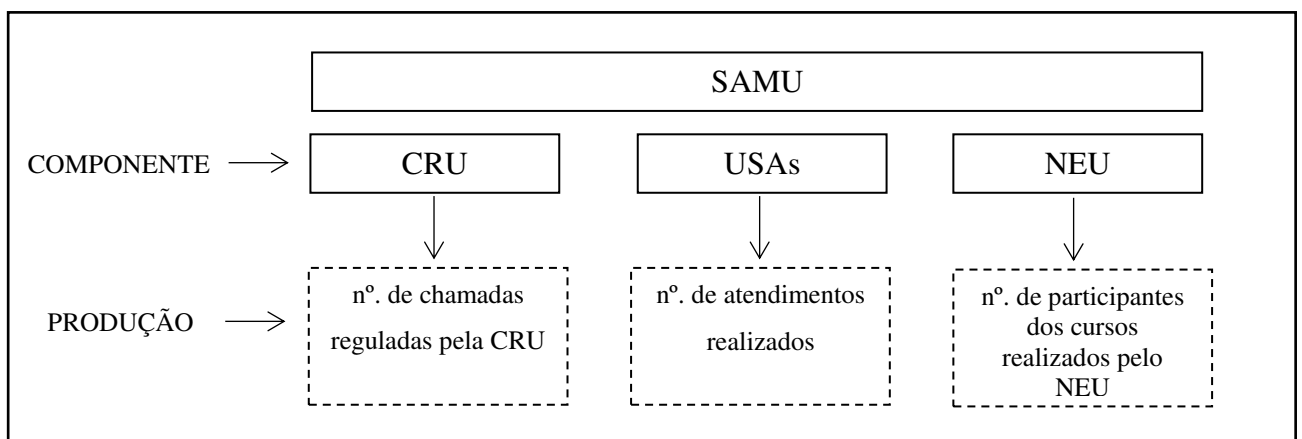
Etapa 03 - Aferição do custo médio unitário dos serviços ofertados de cada componente do SAMU

Nesta etapa utilizou-se o custo total de cada componente do SAMU obtido na etapa 02 e o número referente à produção de cada componente quantificados na etapa 01.

A lógica para a apuração dos custos pautou-se na composição dos componentes do SAMU e a estrutura do financiamento (com exceção do NEU, que não há financiamento do MS e SES) além da produção distinta dos mesmos elencados na etapa 01. Também levou-se em conta que a execução das atividades dos componentes pode culminar em fechamentos distintos, como orientação médica via telefone na CRU ou intervenção médica por meio da USA por exemplo.

O sistema de acumulação de custos descreve a maneira como são acumulados os custos aos produtos e serviços. O sistema de acumulação de custos utilizado foi o custeio por ordem. Este sistema consiste em segmentar produtos ou serviços diferenciados para proporcionar contabilização distinta dos mesmos ^(MS, Introdução à Gestão de Custos, 2013) por meio deste sistema, segmentamos o custo da CRU, USA e NEU.

Figura 2 – Segmentação dos serviços do SAMU para apuração de custos.



Fonte: Autor

A maneira e a definição de quais custos serão destinados aos produtos e serviços configura o método de custeio. Utilizou-se o método de custeio por absorção. Tal método consiste em absorver à produção/serviços todos os custos diretos da produção e os demais gastos envolvidos no esforço da mesma ^(MARTINS, 2018), considerados na etapa 02.

Os rateios inerentes ao custeio de absorção foram naturalmente simplificados, pois para cada unidade de departamentalização foi definido apenas um produto, definidos na etapa 01. Todos os custos diretos envolvidos foram atribuídos aos elementos de produção, bem como os custos indiretos e demais despesas inerentes ao departamento (CRU; USA; NEU).

Por convenção, as despesas com os profissionais de apoio técnico (área técnica), como gerente e administrativos gerais do SAMU, foram absorvidas em sua totalidade no custo da CRU.

No setor público as despesas também são consideradas como custos, justificados pelo fato de que toda a estrutura está envolvida no objetivo final, que é o serviço ofertado. ^(MS, Introdução à Gestão de Custos, 2013).

O cálculo do custo médio unitário de cada componente (Apêndice I) está descrito abaixo:

$$\text{custo médio unitário do componente "X"} = \frac{\sum(RH + DP + INS + DG)}{\text{produção de "X"}}$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

Σ : indicação de soma no período determinado;

RH: corresponde às despesas com recursos humanos do componente “X” relativo ao período determinado;

DP: corresponde às despesas de caráter permanente do componente “X” relativo ao período determinado;

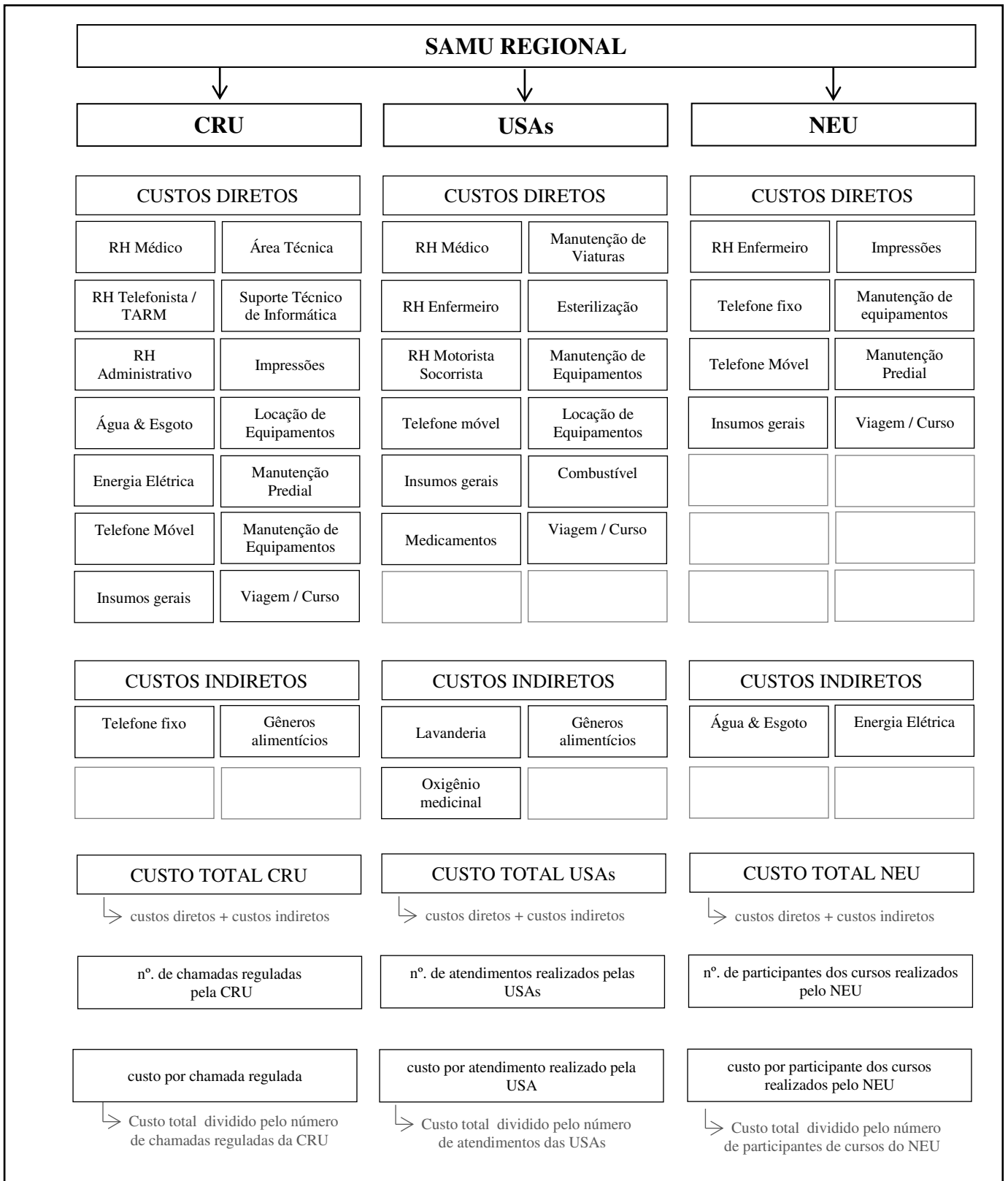
INS: corresponde às despesas com insumos do componente “X” relativo ao período determinado;

DG: corresponde às despesas gerais do componente “X” relativo ao período determinado;

Produção de “X”: corresponde à produção do componente “X” do período determinado quantificada na etapa 01.

A figura abaixo mostra o esquema adotado no cálculo do custo médio unitário.

Figura 3 – Esquema da aplicação do custo de absorção para a produção elencada do SAMU.



Fonte: Autor

Etapa 04 – Verificação do repasse financeiro de custeio do SAMU de cada ente federado

Para verificar o valor total de repasses de cada ente federado para custeio do SAMU foram consolidados os valores obtidos do fundo municipal de saúde do município sede referentes ao MS, à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e aos municípios conveniados.

Para eliminar possível viés referente ao equilíbrio financeiro do convênio (saldo financeiro à maior ou à menor) tomou-se o cuidado de considerar o valor de repasse dos municípios conveniados a diferença entre o custo do serviço e a soma dos repasses do MS e da SES-SP. Esta diferença entre o custo do serviço e o total de repasses do MS e SES-SP corresponde exatamente ao valor que os municípios estão assumindo para manter o SAMU.

Etapa 05 – Cálculo do percentual de custeio efetivo de cada ente federado (União, Estado e Municípios) no custo do SAMU

Para calcular o percentual de custeio efetivo de cada ente federado no custo do SAMU (Apêndice II) dividiu-se o valor consolidado de repasse do ente federado em questão (etapa 04) pelo custo total do componente em questão (etapa 02) no período considerado, como descrito abaixo:

$$\% \text{ efetivo de custeio do componente "X" pelo ente federado "Y"} = \frac{\text{repasso "Y"}}{\text{custo total "X"}} * 100$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

“Y”: corresponde ao ente federado em estudo;

Repasso “Y”: corresponde ao repasse destinado pelo ente federado “Y” ao componente “X” no período determinado;

Custo total “X”: corresponde ao custo total do componente “X” no período determinado;

Etapa 06 - Calculada a diferença entre o percentual de custeio referenciado e o percentual de custeio efetivo realizado pelos entes federados por meio dos dados de percentuais referenciados pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06) e os dados de percentuais efetivos de cobertura de cada ente

federado calculado na etapa 05 (apêndice III). Também utilizou-se o custo total de cada componente do SAMU por período consolidado na etapa 02 para obter o valor absoluto correspondente à diferença percentual calculada.

A diferença entre o percentual de custeio referenciado e o percentual de custeio efetivo foi calculada da seguinte forma:

$$\begin{aligned} & \text{Diferença \% custeio referenciado do ente "Y" e custeio efetivo do componente "X"} \\ & = (\% \text{ ref}) - (\% \text{ efet}) \end{aligned}$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

“Y”: corresponde ao ente federado em estudo;

% ref: corresponde ao percentual de custeio referenciado na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 para o ente federado “Y”;

% efet: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” no período determinado;

O valor absoluto correspondente à diferença entre o percentual de custeio referenciado e o percentual de custeio efetivo foi calculado da seguinte forma:

$$\text{Valor absoluto discrepância \% do ente "Y" para o componente "X"} = ((\% \text{ ref}) - (\% \text{ efet})) * (\text{desp "X"})$$

onde:

“X”: corresponde ao componente do SAMU em estudo;

“Y”: corresponde ao ente federado em estudo;

% ref: corresponde ao percentual de custeio referenciado na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017^(PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06) para o ente federado “Y”;

% efet: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” no período determinado;

Desp “X”: corresponde ao custo total do componente “X” no período determinado;

- **Objetivo Específico 02: Verificar inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU e correlacionar com variáveis independentes ao SAMU**

Para este objetivo específico foram realizadas três etapas (etapa 07 a 09), descritas abaixo:

Etapa 07 – Avaliação de possíveis dificuldades financeiras dos municípios conveniados para saldar o custeio do SAMU

Para avaliar se os municípios conveniados apresentaram dificuldades financeiras em saldar o custeio do SAMU utilizou-se dos dados obtidos na prestação de contas do convênio^(Convênio 01/2017/SMS?) fornecidos pela gerência de custos da SMS do município sede e dos dados de repasse financeiro fornecidos pelo fundo municipal de saúde da SMS do município sede. A dificuldade financeira para saldar o custeio do SAMU foi caracterizada pela condição de inadimplência financeira dos municípios no repasse mensal do convênio.

Verificou-se os repasses financeiros de custeio do SAMU realizados pelos municípios ao convênio, em conta bancária específica do município sede do convênio. Considerou-se como inadimplente o município que não efetuou todos os repasses financeiros mensais de custeio do convênio até o final do mês subsequente à apuração e adimplente o município que efetuou todos os repasses financeiros mensais de custeio do convênio até o final do mês subsequente à apuração. Os municípios que realizaram antecipação de repasses financeiros também foram identificados como adimplentes e os que realizaram algum tipo de parcelamento da dívida foram considerados inadimplentes para o período em que ainda não tinham realizado o repasse financeiro correspondente.

Consolidou-se então em planilha a quantidade de meses em que os municípios estiveram na condição de inadimplência por período (2017, 2018, 2019 e 2020). O resultado foi avaliado e agrupado em cinco faixas de meses em que o município ficou inadimplente no período da seguinte forma: 0 mês (significa adimplente); 1 a 3 meses; 4 a 6 meses, 7 a 9 meses e 10 a 12 meses;

Etapa 08 – Avaliação da intensidade da inadimplência financeira dos municípios conveniados que apresentaram dificuldades financeiras para saldar o custeio do SAMU

Nesta etapa também foram utilizados os dados obtidos na prestação de contas do convênio fornecidos pela gerência de custos da SMS do município sede e dos dados fornecidos pelo fundo municipal de saúde da SMS do município sede.

A intensidade da inadimplência financeira foi caracterizada pelo número de parcelas/repasses mensais de custeio em atraso pelos municípios conveniados. Quanto maior o número de parcelas em atraso maior é a **intensidade** da inadimplência.

Para avaliar a intensidade da inadimplência financeira no custeio do SAMU consolidou-se em planilha por período (2017 a 2020) a quantidade máxima de parcelas mensais em atraso no período considerado (Apêndice IV). O resultado foi avaliado e agrupado em cinco faixas que representam a quantidade máxima de parcelas mensais do referido período que o município estava em débito com o custeio do SAMU ao convênio, da seguinte forma: 0 parcelas (significa que não houve inadimplência no período); 1 a 6 parcelas; 7 a 12 parcelas, 13 a 18 parcelas e acima de 18 parcelas.

Etapa 09 – Verificação da correlação dos dados de adimplência/inadimplência financeira (condição** de adimplência/inadimplência e **intensidade**) no custeio do SAMU pelos municípios conveniados com três variáveis independentes:**

Nesta etapa foram elencadas três variáveis independentes ao SAMU que, a princípio, poderiam estar associadas à dificuldade dos municípios em custear o SAMU, a seguir:

A) quantitativo/porte populacional dos municípios:

O porte populacional foi escolhido para verificação de associação com a inadimplência financeira partindo da hipótese de que municípios menores tendem a ter um orçamento municipal menor em relação ao orçamento dos municípios maiores, o que poderia implicar em uma dificuldade maior para custear o SAMU.

Para obter o quantitativo/porte populacional dos municípios utilizou-se os dados da estimativa anual populacional do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE) ^{XX} dos municípios conveniados referente a cada período de estudo, correlacionando com as variáveis **condição e intensidade de adimplência/inadimplência**.

Avaliou-se a distribuição do porte populacional dos municípios e criou-se cinco faixas populacionais para realizar os testes estatísticos: até 5 mil habitantes; de 5.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000 habitantes; de 20.001 a 50.000 habitantes e acima de 50.000 habitantes.

A1) Para correlacionar a **condição de adimplência/inadimplência** dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 07) com o porte populacional dos municípios aplicou-se o teste estatístico Correlação de Spearman ^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

A2) Para correlacionar a **intensidade da adimplência/inadimplência** dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 08) com o porte populacional dos municípios aplicou-se também o teste estatístico Correlação de Spearman ^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

B) grau de dependência dos municípios conveniados em relação às transferências de outras esferas de governo:

O grau de dependência dos municípios conveniados em relação às transferências de outras esferas de governo foi escolhido para verificação de associação com a inadimplência financeira partindo da hipótese de que municípios com maior dependência financeira de outras esferas de governo tendem a ter um orçamento menor do que os municípios com menor dependência financeira de outras esferas de governo, o que poderia implicar em uma dificuldade maior para custear o SAMU.

Para obter o grau de dependência dos municípios conveniados em relação às transferências de outras esferas de governo utilizou-se o indicador “*participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município*” informado no SIOPS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>) e descrito na Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS ^(SIOPS. Nota técnica. Composição de Indicadores...).

Correlacionou-se então os indicadores de cada período de estudo com as variáveis **condição e intensidade de adimplência/inadimplência**.

Avaliou-se os dados do grau de dependência dos municípios conveniados extraídos do SIOPS e foram distribuídos em cinco faixas para realizar os testes estatísticos: até 65%; de 65,01% a 75%; de 75,01% a 85%; de 85,01% a 90,00% e acima de 90,00%.

B1) Para correlacionar a **condição de adimplência/inadimplência** dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 07) com o grau de dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo aplicou-se o teste estatístico Correlação de Spearman^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

B2) Para correlacionar a **intensidade da adimplência/inadimplência** dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 08) com o grau de dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo aplicou-se também o teste estatístico Correlação de Spearman^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

C) percentual da receita própria aplicada em saúde dos municípios conveniados:

O percentual de receita própria aplicada em saúde foi escolhido para verificação de associação com a inadimplência financeira partindo da hipótese de que municípios com maior percentual de receita própria aplicada em saúde tendem a ter um orçamento menor do que os municípios com menor percentual de receita própria aplicada em saúde, o que poderia implicar em uma dificuldade maior para custear o SAMU.

Para obter o percentual da receita própria aplicada em saúde dos municípios conveniados utilizou-se o indicador “*percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a Lei Complementar 141/2012*” informado no SIOPS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores>) e descrito na nota técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS^(SIOPS. Nota técnica. Composição de Indicadores...).

Correlacionou-se então os indicadores de cada período de estudo com as variáveis **condição e intensidade** de adimplência/inadimplência.

Avaliou-se os dados de percentual de receitas próprias dos municípios conveniados extraídos do SIOPS e foram distribuídos em cinco faixas para realizar os testes estatísticos: até 20,00%; de 20,01% a 25,00%; de 25,01% a 30,00%; de 30,01% a 35,00% e acima de 35,00%

C1) Para correlacionar a condição de adimplência/inadimplência dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 07) com o percentual da receita própria aplicada em Saúde aplicou-se o teste estatístico Correlação de Spearman^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

C2) Para correlacionar a intensidade da adimplência/inadimplência dos municípios ao custeio do SAMU no convênio (obtido na etapa 08) com o percentual da receita própria aplicada em Saúde aplicou-se o teste estatístico Correlação de Spearman^(Souza, Aurea – Coeficiente de Correlação).

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram seccionados segundo objetivos específicos para proporcionar uma melhor visualização e correspondência aos objetivos e discussão.

4.1 Resultados da Análise dos custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados

Atendendo ao Objetivo Específico 01 foram elaboradas 10 tabelas que apresentam dados relativos aos custos e ao financiamento do SAMU pelos entes federados.

A Tabela 1 mostra a distribuição de custo total de chamadas reguladas no período de quatro anos totalizou em R\$19.147.207,38, decorrentes principalmente de despesas com RH - R\$17.963.973,19(93,82%). O volume de chamadas reguladas variou de 91.745(2017) a 129.061(2019). O custo médio/chamada regulada variou de R\$ 38,77(2018) a R\$45,48(2020).

Tabela 1. Distribuição dos custos da CRU, produção e custo médio/chamada regulada, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

CRU	U	PERÍODO				TOTAL
		2017	2018	2019	2020	
Custo com RH						
Médicos	R\$	2.732.249,79	3.480.443,20	3.577.690,41	3.785.173,45	13.575.556,85
Telefonista/TARM/RO	R\$	653.016,21	883.066,72	882.427,34	933.954,28	3.352.464,55
Área Técnica	R\$	159.509,93	266.973,92	293.420,99	316.046,95	1.035.951,79
Total RH	R\$	3.544.775,93	4.630.483,84	4.753.538,74	5.035.174,68	17.963.973,19
Outros Custos						
Despesas Permanentes	R\$	81.278,83	106.439,07	113.898,94	102.606,35	404.223,19
Insumos Gerais	R\$	16.720,04	47.435,78	24.945,77	42.186,49	131.288,08
Manutenção Predial	R\$	107.832,80	44.777,55	78.430,20	41.151,37	272.191,92
Manutenção/Locação de Equipamentos	R\$	37.161,84	51.206,48	58.014,75	34.547,08	180.930,15
Informática	R\$	20.415,53	14.658,21	22.055,43	63.592,28	120.721,45
Despesas Gerais	R\$	10.024,36	14.782,49	23.226,99	25.845,56	73.879,40
Total de Outros Custos Despesas	R\$	273.433,40	279.299,58	320.572,08	309.929,13	1.183.234,19
Custo Total	R\$	3.818.209,33	4.909.783,42	5.074.110,82	5.345.103,81	19.147.207,38
Total de Chamadas Reguladas	N	91.745	126.647	129.061	117.520	464.973
Média mensal de chamadas reguladas	N	10.193,88	10.553,92	10.755,08	9.793,33	10.332,73
Custo médio / chamada regulada	R\$	41,62	38,77	39,32	45,48	41,18

CRU - Central de Regulação de Urgências; U - Unidade; RH - Recursos Humanos; TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica; RO – Rádio operador;

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A tabela 1.1 apresenta o custo médio por chamada regulada, onde predomina a despesa com RH apresentando média de R\$38,72(93,76%), onde a categoria profissional médica representou média de R\$29,30(70,94%) do custo médio por chamada regulada, variando de R\$27,48(2018) a R\$32,21(2020).

Tabela 1.1. Distribuição do custo médio por chamada regulada na CRU por categoria profissional e outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

CRU	PERÍODO							
	2017		2018		2019		2020	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Custo de Médicos	29,78	71,56	27,48	70,89	27,72	70,51	32,21	70,82
Custo de Telefonistas / TARMS/RO	7,12	17,10	6,97	17,99	6,84	17,39	7,95	17,47
Custo de RH da Área Técnica	1,74	4,18	2,11	5,43	2,27	5,78	2,69	5,91
Custo de outras despesas	2,98	7,16	2,21	5,69	2,48	6,32	2,64	5,80
Custo médio / chamada regulada	41,62	100,00	38,77	100,00	39,32	100,00	45,48	100,00

CRU - Central de Regulação de Urgências; RH - Recursos Humanos; TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica; RO – Rádio operador;

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A Tabela 2 mostra que a distribuição de custo total das USA's no período de quatro anos totalizou R\$ 22.415.397,13, decorrentes principalmente de despesas com RH - R\$ 21.392.165,10 (95,44%). O número médio mensal de atendimentos com as USAS variou de 193,75 em 2019 a 237,25 em 2020, aumento de 22,45%. O custo médio/ atendimento com USA variou de R\$ 2.290,48 em 2018 a R\$ 2.562,09 em 2017.

Tabela 2. Distribuição dos custos das USA's, produção e custo médio/atendimento, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

USAs	U	PERÍODO				TOTAL
		2017	2018	2019	2020	
Custos com RH						
Médicos	R\$	2.732.249,77	3.480.443,17	3.577.690,47	3.785.173,43	13.575.556,84
Enfermeiros	R\$	764.579,98	971.367,67	1.136.728,48	1.306.260,09	4.178.936,22
Motoristas Socorristas	R\$	923.093,57	1.008.929,14	729.558,94	976.090,39	3.637.672,04
Total RH	R\$	4.419.923,32	5.460.739,98	5.443.977,89	6.067.523,91	21.392.165,10
Outros Custos						
Combustível / Manut das Viaturas	R\$	45.985,67	75.837,51	86.320,47	100.780,60	308.924,25
Insumos Gerais	R\$	32.379,13	45.961,25	94.826,42	261.343,80	434.510,60
Medicamentos	R\$	13.157,63	13.385,97	12.177,33	17.268,52	55.989,45
Oxigênio	R\$	3.764,92	6.322,69	5.695,89	9.194,95	24.978,45
Locação / Manut de Equipamentos	R\$	1.950,06	21.422,62	23.739,09	66.428,30	113.540,07
Despesas Gerais	R\$	15.170,55	20.078,33	27.448,90	22.591,43	85.289,21
Total de Outros Custos	R\$	112.407,96	183.008,37	250.208,10	477.607,60	1.023.232,03
Custo Total	R\$	4.532.331,28	5.643.748,35	5.694.185,99	6.545.131,51	22.415.397,13
Total de Atendimentos USA	N	1.769	2.464	2.325	2.847	9.405
Média mensal de atendimentos USA	N	196,56	205,33	193,75	237,25	209
Custo médio / atendimento	R\$	2.562,09	2.290,48	2.449,11	2.298,96	2.383,35

USA - Unidade de Suporte Avançado; U - Unidade; RH - Recursos Humanos; Manut – Manutenção.

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A tabela 2.1 mostra o custo médio dos atendimentos das USA's e tem como principal despesa os recursos humanos com média de R\$ 2.296,86 (95,70%), onde a categoria profissional médica representou média de R\$1.456,34(60,68%) do custo médio por atendimento no período de quatro anos, variando de R\$1.544,52(2017) a R\$1.329,53(2020).

Tabela 2.1. Distribuição do custo médio por atendimento das USA por categoria profissional e insumos/outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

USA	PERÍODO							
	2017		2018		2019		2020	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Custo de Médicos	1.544,52	60,28	1.412,52	61,67	1.538,79	62,83	1.329,53	57,83
Custo de Enfermeiros	432,21	16,87	394,22	17,21	488,92	19,96	458,82	19,96
Custo de Motoristas Socorristas	521,82	20,37	409,47	17,88	313,79	12,82	342,85	14,91
Custo de Insumos e outras despesas	63,54	2,48	74,27	3,24	107,62	4,39	167,76	7,30
Custo médio / atendimento	2.562,09	100,00	2.290,48	100,00	2.449,11	100,00	2.298,96	100,00

USA - Unidade de Suporte Avançado;

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A Tabela 3 mostra que a distribuição de custo total do NEU no período de quatro anos totalizou R\$ 692.017,45, decorrentes principalmente de despesas com Recursos Humanos - R\$ 654.922,99 (94,64%). O número médio mensal de participantes dos cursos ofertados pelo NEU variou de 231,42 em 2018 a 239,42 em 2019, aumento de 3,46%, sendo que em 2020 não foram ofertados cursos. O custo médio/participante variou de R\$ 78,24 em 2019 a R\$ 101,95 em 2017.

Tabela 3. Distribuição dos custos do NEU, produção e custo médio/participante dos treinamentos, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

NEU	U	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo com Enfermeiros	R\$	198.699,39	244.829,18	211.394,42	0,00	654.922,99
Outros Custos						
Despesas Permanentes	R\$	5.678,71	8.650,61	8.946,06	0,00	23.275,38
Insumos Gerais	R\$	8.251,34	1.092,34	752,50	0,00	10.096,18
Manut Predial	R\$	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manut Equipam	R\$	0,00	0,00	991,51	0,00	991,51
Despesas Gerais	R\$	39,37	0,00	2.692,02	0,00	2.731,39
Total de Outros Custos	R\$	13.969,42	9.742,95	13.382,09	0,00	37.094,46
Custo Total	R\$	212.668,81	254.572,13	224.776,51	0,00	692.017,45
Participantes no NEU	N	2.086	2.777	2.873	0	7.736
Média mensal de participantes no NEU	N	231,78	231,42	239,42	0	234,42
Custo médio / participante	R\$	101,95	91,67	78,24	0,00	89,45

NEU - Núcleo de Educação em Urgências; U - Unidade; RH - Recursos Humanos; Manut – Manutenção
 Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A tabela 3.1 mostra o custo médio em capacitação realizado pelo NEU, sendo RH a despesa predominante com média de R\$85,66(94,53%), onde a categoria profissional enfermeiro representou a totalidade das despesas com RH, variando de R\$95,25(2017) a R\$ 73,58(2019). Não houve em 2020 capacitações profissionais pelo NEU.

Tabela 3.1 Distribuição do custo médio por profissional capacitado pelo NEU por categoria profissional e insumos/outras despesas, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

NEU	PERÍODO							
	2017		2018		2019		2020	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Custo de Enfermeiros	95,25	93,43	88,16	96,17	73,58	94,05	0,00	-
Custo de insumos e outras despesas	6,70	6,57	3,51	3,83	4,66	5,95	0,00	-
Custo médio / profissional capacitado	101,95	100,00	91,67	100,00	78,24	100,00	0,00	0,00

NEU - Núcleo de Educação em Urgências;

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A Tabela 4 apresenta a distribuição da consolidação dos custos de todos os componentes do SAMU em estudo no período de quatro anos, totalizando R\$ 42.254.621,96. O componente de maior custo foram as USAs (R\$ 22.415.397,13(55,05%)), com 17,07% a mais que a CRU (R\$19.147.207,38(45,31%)) O valor médio mensal total dos componentes variou de R\$ 900.675,33 em 2018 a R\$ 990.852,94 em 2020.

Tabela 4. Distribuição do custo total anual (R\$) dos componentes do SAMU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

Variáveis	2017	2018	2019	2020	Total
CRU	3.818.209,33	4.909.783,42	5.074.110,82	5.345.103,81	19.147.207,38
USA's	4.532.331,28	5.643.748,35	5.694.185,99	6.545.131,51	22.415.397,13
NEU	212.668,81	254.572,13	224.776,51	0,00	692.017,45
Total SAMU	8.563.209,42	10.808.103,90	10.993.073,32	11.890.235,32	42.254.621,96
Custo Médio Mensal SAMU	951.467,71	900.675,33	916.089,44	990.852,94	938.991,60

CRU – Central de Regulação de Urgências; USA's – Unidades de Suporte Avançado; NEU - Núcleo de Educação em Urgências.

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A Tabela 4.1 apresenta a distribuição dos custos em RH – R\$40.011.061,28 (94,69%) e outras despesas – R\$2.243.560,68(5,31%) do SAMU. A categoria do profissional de médicos representou os maiores custos R\$27.151.113,69 (67,86%) com RH para o SAMU, seguido dos enfermeiros R\$4.833.859,21 (12,08%). Em relação a outras despesas, os

insumos foram os maiores custos R\$ 575.894,86 (25,67%), com diferença expressiva de R\$120.524,69 (2019) para R\$303.530,29 (2020), ou seja, aumento de 151,84%.

Tabela 4.1. Distribuição dos Custos(R\$) dos componentes consolidados do SAMU, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

SAMU	PERÍODO				
	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custos com RH					
Médicos	5.464.499,56	6.960.886,37	7.155.380,88	7.570.346,88	27.151.113,69
Enfermeiros	963.279,37	1.216.196,85	1.348.122,90	1.306.260,09	4.833.859,21
Telefonista / TARM / RO	653.016,21	883.066,72	882.427,34	933.954,28	3.352.464,55
Motoristas Socorristas	923.093,57	1.008.929,14	729.558,94	976.090,39	3.637.672,04
Área Técnica	159.509,93	266.973,92	293.420,99	316.046,95	1.035.951,79
Total RH	8.163.398,64	10.336.053,00	10.408.911,05	11.102.698,59	40.011.061,28
Outros Custos					
Despesas Permanentes	86.957,54	115.089,68	122.845,00	102.606,35	427.498,57
Manut Predial	107.832,80	44.777,55	78.430,20	41.151,37	272.191,92
Manut/ Locação de Equipamentos	39.111,90	72.629,10	82.745,35	100.975,38	295.461,73
Informática	20.415,53	14.658,21	22.055,43	63.592,28	120.721,45
Insumos Gerais	57.350,51	94.489,37	120.524,69	303.530,29	575.894,86
Medicamentos	13.157,63	13.385,97	12.177,33	17.268,52	55.989,45
Oxigênio	3.764,92	6.322,69	5.695,89	9.194,95	24.978,45
Combustível / Manut Viaturas	45.985,67	75.837,51	86.320,47	100.780,60	308.924,25
Despesas Gerais	25.234,28	34.860,82	53.367,91	48.436,99	161.900,00
Total de Outros Custos	399.810,78	472.050,90	584.162,27	787.536,73	2.243.560,68
Custo Total	8.563.209,42	10.808.103,90	10.993.073,32	11.890.235,32	42.254.621,96

RH - Recursos Humanos; TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica; RO – Rádio operador
Manut – Manutenção.

Fonte: Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

A tabela 5 mostra a distribuição da participação no custeio do SAMU pelos entes federados no período de quatro anos, sendo a maior participação no custeio do SAMU

realizada pelos municípios (destaque no custeio das USAs em 2018 - 75,26%) e a menor participação no custeio do SAMU pelo estado (0,00% em todo o período).

Tabela 5: Distribuição da participação no custeio do SAMU por componente/ano, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

Variáveis	U	2017			2018		
		União	Estado SP	Municípios	União	Estado SP	Municípios
Custeio de CRU	R\$	1.010.016,00	0,00	2.808.193,33	1.346.688,00	0,00	3.563.095,42
Custeio de CRU	%	26,45	0,00	73,55	27,43	0,00	72,57
Custeio de USAs	R\$	1.214.478,00	0,00	3.317.853,28	1.619.304,00	0,00	4.024.444,35
Custeio de USAs	%	26,80	0,00	73,20	28,69	0,00	71,31
Custeio do NEU	R\$	0,00	0,00	212.668,81	0,00	0,00	254.572,13
Custeio do NEU	%	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00
Total do SAMU	R\$	2.224.494,00	0,00	6.338.715,42	2.965.992,00	0,00	7.842.111,90
Variáveis	U	2019			2020		
		União	Estado SP	Municípios	União	Estado SP	Municípios
Custeio de CRU	R\$	1.346.688,00	0,00	3.727.422,82	1.346.688,00	0,00	3.998.415,81
Custeio de CRU	%	26,54	0,00	73,46	25,19	0,00	74,81
Custeio de USAs	R\$	1.619.304,00	0,00	4.074.881,99	1.619.304,00	0,00	4.925.827,51
Custeio de USAs	%	28,44	0,00	71,56	24,74	0,00	75,26
Custeio do NEU	R\$	0,00	0,00	224.776,51	0,00	0,00	0,00
Custeio do NEU	%	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Total do SAMU	R\$	2.965.992,00	0,00	8.027.081,32	2.965.992,00	0,00	8.924.243,32
Variáveis	U	Total do Período					
		União	Estado SP	Municípios			
Custeio de CRU	R\$	5.050.080,00	0,00	14.097.127,38			
Custeio de CRU	%	26,38	0,00	73,62			
Custeio de USAs	R\$	6.072.390,00	0,00	16.343.007,13			
Custeio de USAs	%	27,09	0,00	72,91			
Custeio do NEU	R\$	0,00	0,00	692.017,45			
Custeio do NEU	%	0,00	0,00	100,00			
Total do SAMU	R\$	11.122.470,00	0,00	31.132.151,96			

CRU – Central de Regulação de Urgências; USAs – Unidades de Suporte Avançado; NEU - Núcleo de Educação em Urgências; U - Unidade;

Fonte: Autor

A tabela 6 mostra a distribuição da diferença entre os custos do SAMU e os repasses recebidos/ano no período de quatro anos, destacando que os municípios conveniados custearam R\$ 20.568.496,47(48,68%) a mais do que o custeio referenciado para os mesmos.

Tabela 6: Distribuição da diferença entre os custos do SAMU e os repasses recebidos/ano, segundo o período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

Variáveis	U	2017			2018		
		União	Estado SP	Municípios	União	Estado SP	Municípios
Percentual de custeio referenciado	%	50,00	25,00	25,00	50,00	25,00	25,00
Percentual de custeio efetivo	%	25,98	0,00	74,02	27,44	0,00	72,56
Diferença entre % de custeio referenciado e % de custeio efetivo	%	-24,02	-25,00	49,02	-22,56	-25,00	47,56
Valor da diferença entre o % de custeio referenciado e o % de custeio efetivo	R\$	-2.057.110,71	-2.140.802,36	4.197.913,07	-2.438.059,95	-2.702.025,98	5.140.085,93
Variáveis	U	2019			2020		
		União	Estado SP	Municípios	União	Estado SP	Municípios
Percentual de custeio referenciado	%	50,00	25,00	25,00	50,00	25,00	25,00
Percentual de custeio efetivo	%	26,98	0,00	73,02	24,94	0,00	75,06
Diferença entre % de custeio referenciado e % de custeio efetivo	%	-23,02	-25,00	48,02	-25,06	-25,00	50,06
Valor da diferença entre o % de custeio referenciado e o % de custeio efetivo	R\$	-2.530.544,66	-2.748.268,33	5.278.812,99	-2.979.125,66	-2.972.558,83	5.951.684,49
Variáveis	U	Total do Período					
		União	Estado SP	Municípios			
Percentual de custeio referenciado	%	50,00	25,00	25,00			
Percentual de custeio efetivo	%	26,32	0,00	73,68			
Diferença entre % de custeio referenciado e % de custeio efetivo	%	-23,68	-25,00	48,68			
Valor da diferença entre o % de custeio referenciado e o % de custeio efetivo	R\$	-10.004.840,98	-10.563.655,49	20.568.496,47			

U - Unidade;

Fonte: Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, Prestações de Contas do Convênio de 2017 a 2020 e Planilha de Custos do município sede.

4.2 Resultados da Análise da inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU e correlação com variáveis independentes

Atendendo ao Objetivo Específico 02 foram elaboradas 06 tabelas que apresentam dados relativos à análise da inadimplência financeira constatada correlacionada ao porte populacional, ao percentual da participação nas transferências do governo e ao percentual de receitas próprias do município aplicadas em saúde e aos custos e ao financiamento do SAMU pelos entes federados.

Para cada variável descrita anteriormente, foi elaborada uma tabela para verificar a associação segundo a **condição de inadimplência** e uma tabela para verificar a associação segundo à **intensidade da inadimplência**. Serão apresentadas primeiramente as tabelas de associação de cada variável à **condição de inadimplência** e na sequência serão apresentadas as tabelas de associação de cada variável à **intensidade da inadimplência**.

A tabela 7 mostra a associação do **porte populacional** com a **condição de inadimplência**. No ano de 2020 houve associação com $p=0,015$ e coeficiente de correlação de Spearman de $-0,434$. Quanto menor for o município maior é a chance de estar inadimplente.

Tabela 7: Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo porte populacional/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 mês		1 a 3 meses		4 a 6 meses		7 a 9 meses		10 a 12 meses		valor p	correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	8	100,00	6	100,00	9	100,00	0	0,00		
Até 5.000 hab	6	19,35	0	0,00	0	0,00	3	50,00	3	33,33	-	-		
5.001 a 10.000 hab	13	41,94	4	50,00	5	62,50	1	16,67	3	33,33	-	-		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	0	0,00	1	16,67	2	22,22	-	-	0,096	-0,304
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	1	12,50	2	25,00	1	16,67	1	11,11	-	-		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	1	12,50	0	0,00	0	0,00	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	5	100,00	3	100,00	1	100,00	14	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	1	20,00	1	33,33	0	0,00	3	21,43		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	3	37,50	3	60,00	1	33,33	1	100,00	6	42,86		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	14,29	0,141	-0,270
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	2	25,00	1	20,00	0	0,00	0	0,00	2	14,29		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14		
2019	31	100,00	7	100,00	5	100,00	2	100,00	2	100,00	15	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	4	26,67		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	4	57,14	3	60,00	1	50,00	0	0,00	6	40,00		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	28,57	0	0,00	0	0,00	1	50,00	2	13,33	0,163	-0,257
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	0	0,00	2	40,00	1	50,00	0	0,00	2	13,33		
> 50.000 hab	2	6,45	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67		
2020	31	100,00	8	100,00	5	100,00	1	100,00	3	100,00	14	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	35,71		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	3	37,50	4	80,00	0	0,00	2	66,67	5	35,71		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	14,29	0,015	-0,434
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	2	25,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	2	14,29		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e IBGE.

A tabela 8 mostra a associação do **percentual da participação nas transferências do governo** com a **condição de inadimplência**. Encontrou-se associação para os anos de 2018 e 2019 ($p < 0,05$). O coeficiente de correlação de Spearman de indica que quanto maior o percentual de participação nas transferências do governo maior é a chance do município estar inadimplente com o convênio.

Tabela 8: Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo participação nas transferências do governo/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 mês		1 a 3 meses		4 a 6 meses		7 a 9 meses		10 a 12 meses		valor p	Correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	8	100,00	6	100,00	9	100,00	0	0,00		
Até 65,00%	2	6,45	2	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-		
65,01% a 75,00%	8	25,81	3	37,50	3	37,50	0	0,00	2	22,22	-	-		
75,01% a 85,00%	12	38,71	1	12,50	3	37,50	5	83,33	3	33,33	-	-	0,053	0,351
85,01% a 90,00%	7	22,58	2	25,00	1	12,50	0	0,00	4	44,44	-	-		
> 90,00%	2	6,45	0	0,00	1	12,50	1	16,67	0	0,00	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	5	100,00	3	100,00	1	100,00	14	100,00		
Até 65,00%	2	6,45	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14		
65,01% a 75,00%	9	29,03	4	50,00	1	20,00	2	66,67	0	0,00	2	14,29		
75,01% a 85,00%	13	41,94	3	37,50	2	40,00	1	33,33	0	0,00	7	50,00	0,030	0,390
85,01% a 90,00%	5	16,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	4	28,57		
> 90,00%	2	6,45	0	0,00	2	40,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2019	31	100,00	7	100,00	5	100,00	2	100,00	2	100,00	15	100,00		
Até 65,00%	3	9,68	2	28,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67		
65,01% a 75,00%	6	19,35	1	14,29	1	20,00	1	50,00	1	50,00	2	13,33		
75,01% a 85,00%	14	45,16	4	57,14	2	40,00	0	0,00	0	0,00	8	53,33	0,040	0,371
85,01% a 90,00%	4	12,90	0	0,00	1	20,00	1	50,00	0	0,00	2	13,33		
> 90,00%	4	12,90	0	0,00	1	20,00	0	0,00	1	50,00	2	13,33		
2020	31	100,00	8	100,00	5	100,00	1	100,00	3	100,00	14	100,00		
Até 65,00%	2	6,45	2	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
65,01% a 75,00%	9	29,03	2	25,00	2	40,00	0	0,00	1	33,33	4	28,57		
75,01% a 85,00%	12	38,71	3	37,50	1	20,00	1	100,00	1	33,33	6	42,86	0,052	0,353
85,01% a 90,00%	7	22,58	1	12,50	2	40,00	0	0,00	1	33,33	3	21,43		
> 90,00%	1	3,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e SIOPS.

A tabela 9 mostra a associação do **percentual de receitas próprias do município aplicadas em saúde** com a **condição de inadimplência**. Não foi encontrada associação entre estas variáveis em nenhum dos períodos investigados.

Tabela 9: Distribuição da quantidade de meses em condição de inadimplência, segundo percentual de receitas próprias dos municípios aplicadas em saúde/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 mês		1 a 3 meses		4 a 6 meses		7 a 9 meses		10 a 12 meses		valor p	Correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	8	100,00	6	100,00	9	100,00	0	0,00		
Até 20,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-		
20,01% a 25,00%	8	25,81	1	12,50	2	25,00	1	16,67	4	44,44	-	-		
25,01% a 30,00%	19	61,29	5	62,50	5	62,50	4	66,67	5	55,56	-	-	0,339	-0,178
30,01% a 35,00%	4	12,90	2	25,00	1	12,50	1	16,67	0	0,00	-	-		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	5	100,00	3	100,00	1	100,00	14	100,00		
Até 20,00%	2	6,45	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14		
20,01% a 25,00%	10	32,26	2	25,00	2	40,00	2	66,67	0	0,00	4	28,57		
25,01% a 30,00%	16	51,61	5	62,50	3	60,00	1	33,33	0	0,00	7	50,00	0,350	0,174
30,01% a 35,00%	3	9,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	2	14,29		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2019	31	100,00	7	100,00	5	100,00	2	100,00	2	100,00	15	100,00		
Até 20,00%	1	3,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67		
20,01% a 25,00%	5	16,13	1	14,29	1	20,00	0	0,00	0	0,00	3	20,00		
25,01% a 30,00%	21	67,74	6	85,71	4	80,00	0	0,00	2	100,00	9	60,00	0,858	0,033
30,01% a 35,00%	4	12,90	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	2	13,33		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2020	31	100,00	8	100,00	5	100,00	1	100,00	3	100,00	14	100,00		
Até 20,00%	1	3,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,14		
20,01% a 25,00%	4	12,90	2	25,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	7,14		
25,01% a 30,00%	19	61,29	4	50,00	4	80,00	1	100,00	2	66,67	8	57,14	0,977	-0,005
30,01% a 35,00%	6	19,35	1	12,50	1	20,00	0	0,00	0	0,00	4	28,57		
> 35,00%	1	3,23	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e SIOPS.

A tabela 10 mostra a associação do **porte populacional** com a **intensidade da inadimplência** (maior quantidade de parcelas em atraso acumuladas). Encontrou-se associação para todos os períodos apresentados ($p < 0,05$). O coeficiente de correlação de Spearman indica que há tendência de quanto menor for o município maior é o número de parcelas de custeio do convênio em atraso.

Tabela 10: Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo porte populacional/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 parc.		01 a 06 parc.		07 a 12 parc.		13 a 18 parc.		> 18 parc.		valor p	correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	18	100,00	5	100,00	0	0,00	0	0,00		
Até 5.000 hab	6	19,35	0	0,00	5	27,78	1	20,00	-	-	-	-		
5.001 a 10.000 hab	13	41,94	4	50,00	7	38,89	2	40,00	-	-	-	-		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	1	5,56	2	40,00	-	-	-	-	0,025	-0,403
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	1	12,50	4	22,22	0	0,00	-	-	-	-		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	1	5,56	0	0,00	-	-	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	12	100,00	6	100,00	2	100,00	3	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	2	16,67	2	33,33	1	50,00	0	0,00		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	3	37,50	6	50,00	2	33,33	1	50,00	2	66,67		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	1	8,33	1	16,67	0	0,00	1	33,33	0,027	-0,398
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	2	25,00	3	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00		
2019	31	100,00	7	100,00	16	100,00	3	100,00	1	100,00	4	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	2	12,50	2	66,67	1	100,00	0	0,00		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	4	57,14	7	43,75	0	0,00	0	0,00	3	75,00		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	28,57	1	6,25	1	33,33	0	0,00	1	25,00	0,006	-0,486
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	0	0,00	5	31,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
> 50.000 hab	2	6,45	1	14,29	1	6,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2020	31	100,00	8	100,00	15	100,00	2	100,00	2	100,00	4	100,00		
Até 5.000 hab	5	16,13	0	0,00	2	13,33	1	50,00	1	50,00	1	25,00		
5.001 a 10.000 hab	14	45,16	3	37,50	8	53,33	1	50,00	0	0,00	2	50,00		
10.001 a 20.000 hab	5	16,13	2	25,00	1	6,67	0	0,00	1	50,00	1	25,00	0,002	-0,537
20.001 a 50.000 hab	5	16,13	2	25,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
> 50.000 hab	2	6,45	1	12,50	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e IBGE.

A tabela 11 mostra a associação do **percentual da participação nas transferências do governo** com a **intensidade de inadimplência**. Encontrou-se associação para os anos de 2018 a 2020 ($p < 0,05$). O coeficiente de correlação de Spearman indica que quanto maior o percentual de participação nas transferências do governo no orçamento da saúde maior é o número de parcelas de custeio do convênio em atraso.

Tabela 11: Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo participação nas transferências do governo/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 parc.		01 a 06 parc.		07 a 12 parc.		13 a 18 parc.		> 18 parc.		valor p	Correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	18	100,00	5	100,00	0	0,00	0	0,00		
Até 65,00%	2	6,45	2	25,00	0	0,00	0	0,00	-	-	-	-		
65,01% a 75,00%	8	25,81	3	37,50	3	16,67	2	40,00	-	-	-	-		
75,01% a 85,00%	12	38,71	1	12,50	10	55,56	1	20,00	-	-	-	-	0,087	0,313
85,01% a 90,00%	7	22,58	2	25,00	3	16,67	2	40,00	-	-	-	-		
> 90,00%	2	6,45	0	0,00	2	11,11	0	0,00	-	-	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	12	100,00	6	100,00	2	100,00	3	100,00		
Até 65,00%	2	6,45	1	12,50	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00		
65,01% a 75,00%	9	29,03	4	50,00	3	25,00	2	33,33	0	0,00	0	0,00		
75,01% a 85,00%	13	41,94	3	37,50	5	41,67	3	50,00	1	50,00	1	33,33	0,017	0,425
85,01% a 90,00%	5	16,13	0	0,00	2	16,67	0	0,00	1	50,00	2	66,67		
> 90,00%	2	6,45	0	0,00	2	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2019	31	100,00	7	100,00	16	100,00	3	100,00	1	100,00	4	100,00		
Até 65,00%	3	9,68	2	28,57	1	6,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
65,01% a 75,00%	6	19,35	1	14,29	4	25,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00		
75,01% a 85,00%	14	45,16	4	57,14	5	31,25	2	66,67	1	100,00	2	50,00	0,024	0,405
85,01% a 90,00%	4	12,90	0	0,00	3	18,75	0	0,00	0	0,00	1	25,00		
> 90,00%	4	12,90	0	0,00	3	18,75	0	0,00	0	0,00	1	25,00		
2020	31	100,00	8	100,00	15	100,00	2	100,00	2	100,00	4	100,00		
Até 65,00%	2	6,45	2	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
65,01% a 75,00%	9	29,03	2	25,00	5	33,33	0	0,00	1	50,00	1	25,00		
75,01% a 85,00%	12	38,71	3	37,50	6	40,00	1	50,00	1	50,00	1	25,00	0,044	0,364
85,01% a 90,00%	7	22,58	1	12,50	3	20,00	1	50,00	0	0,00	2	50,00		
> 90,00%	1	3,23	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e SIOPS.

A tabela 12 mostra a associação do **percentual de receitas próprias aplicadas em saúde** com a **intensidade da inadimplência**. Não foi encontrada associação entre estas variáveis em nenhum dos períodos apresentados.

Tabela 12: Distribuição da intensidade da inadimplência, segundo percentual de receitas próprias aplicadas em saúde/ano e período de 2017 a 2020. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

ANO	Total		0 parc.		01 a 06 parc.		07 a 12 parc.		13 a 18 parc.		> 18 parc.		valor p	Correlação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
2017	31	100,00	8	100,00	18	100,00	5	100,00	0	0,00	0	0,00		
Até 20,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-	-	-		
20,01% a 25,00%	8	25,81	1	12,50	5	27,78	2	40,00	-	-	-	-		
25,01% a 30,00%	19	61,29	5	62,50	11	61,11	3	60,00	-	-	-	-	0,230	-0,222
30,01% a 35,00%	4	12,90	2	25,00	2	11,11	0	0,00	-	-	-	-		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-	-	-		
2018	31	100,00	8	100,00	12	100,00	6	100,00	2	100,00	3	100,00		
Até 20,00%	2	6,45	1	12,50	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00		
20,01% a 25,00%	10	32,26	2	25,00	4	33,33	3	50,00	1	50,00	0	0,00		
25,01% a 30,00%	16	51,61	5	62,50	5	41,67	2	33,33	1	50,00	3	100,00	0,453	0,140
30,01% a 35,00%	3	9,68	0	0,00	3	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2019	31	100,00	7	100,00	16	100,00	3	100,00	1	100,00	4	100,00		
Até 20,00%	1	3,23	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00		
20,01% a 25,00%	5	16,13	1	14,29	3	18,75	1	33,33	0	0,00	0	0,00		
25,01% a 30,00%	21	67,74	6	85,71	10	62,50	1	33,33	1	100,00	3	75,00	0,851	0,035
30,01% a 35,00%	4	12,90	0	0,00	3	18,75	0	0,00	0	0,00	1	25,00		
> 35,00%	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
2020	31	100,00	8	100,00	15	100,00	2	100,00	2	100,00	4	100,00		
Até 20,00%	1	3,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00		
20,01% a 25,00%	4	12,90	2	25,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00		
25,01% a 30,00%	19	61,29	4	50,00	12	80,00	0	0,00	1	50,00	2	50,00	0,730	-0,06
30,01% a 35,00%	6	19,35	1	12,50	3	20,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00		
> 35,00%	1	3,23	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		

Fonte: Relatórios financeiros do FMS do município sede e SIOPS.

4.3 Resultados da construção, aplicação e proposta de indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU.

Os indicadores propostos têm o intuito de equalizar parâmetros para análise e capilarizar essa prática em todo o território nacional. Tem como objetivo acelerar o processo de melhoria de controle na busca da sustentabilidade, dada realidades distintas em relação à prática do custeio do SAMU.

Tais indicadores, cabíveis em todos os cenários práticos de custeio conhecidos, são de fácil aplicação e análise. Sugere-se a utilização destes indicadores por agentes de políticas públicas municipais, estadual e federais; profissionais do SAMU; representantes de convênios, consórcios públicos e demais instâncias de gestão de SAMU; comunidade científica e acadêmica; controle social e também a própria população em geral, com o intuito de debater e propiciar a sustentabilidade econômica do SAMU.

Para a construção de indicadores que auxiliarão na avaliação da sustentabilidade econômica do SAMU tomou-se como premissa a perspectiva da possibilidade dos entes federados executarem um percentual de custeio diferente do referenciado na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017/2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06). Nesta perspectiva pode ser onerado algum dos entes federados de maneira significativa a tal ponto de comprometer a sustentabilidade econômica do programa em questão.

Propõe-se a utilização das etapas 05 e 06 do objetivo específico 01 para a criação de três grupos de indicadores que permitem evidenciar a diferença do custeio efetivo do SAMU quanto ao custeio referenciado para cada ente federado e cada componente do SAMU.

Serão apresentados a seguir os três grupos de indicadores propostos, e a cada grupo apresentado será apresentada na sequência a aplicação destes indicadores aos resultados desta pesquisa. Ao todo são 17 quadros que contém a apresentação e aplicação dos indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU.

GRUPO I: Indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo dos componentes do SAMU entre os entes federados.

Quadro 3: Caracterização dos indicadores de prevalência percentual de custeio dos componentes do SAMU entre os entes federados.

Grupo I: Indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo dos componentes do SAMU entre os entes federados.	
Descrição:	Este grupo de indicadores consolida o percentual de custeio efetivo dos entes federados para cada componente do SAMU.
Objetivo dos indicadores:	Mostrar o custeio efetivo de cada componente do SAMU pelos entes federados e possibilitar análise rápida de prevalência do custeio.
Cálculo matemático:	$PPCE_{"X"} = (\%EU_{"X"}; \%EE_{"X"}; \%EM_{"X"})$ <p>onde:</p> <p>“X” : corresponde ao componente do SAMU em estudo;</p> <p>PPCE_{“X”} : corresponde à prevalência percentual de custeio efetivo entre os entes federados (união; estado; municípios) em relação ao componente “X” do SAMU;</p> <p>%EU_{“X”}: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pela União;</p> <p>%EE_{“X”}: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pelo Estado;</p> <p>%EM_{“X”}: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pelos Municípios;</p>
Possíveis resultados:	O valor percentual de custeio efetivo de cada componente do SAMU por ente federado pode variar de 0,00% a 100%, sendo que a soma do percentual de custeio efetivo dos três entes federados deve ser 100%.
Análise do resultado:	Este indicador, além de mostrar a prevalência do custeio dos componentes do SAMU pelos entes federados por meio do maior percentual de custeio efetivo, pode evidenciar também, neste contexto, a ausência de custeio por um ou dois entes federados para um componente específico do SAMU. Esta

	ausência de custeio estará evidenciada caso o indicador traga o valor 0,00% em uma ou duas posições de apresentação do indicador. Este indicador, quando comparado entre diferentes estados e municípios tem uma tendência de maior diferença nas posições relativas ao Estado e Municípios, visto que a União abrange igualmente todo o território brasileiro (embora esteja suscetível às diferenças regionais de mercado), porém, cada Estado pode atuar de forma diferente no custeio do SAMU, implicando diretamente na variação do custeio efetivo dos municípios.
Observações:	Os percentuais efetivos de custeio dos componentes do SAMU estão descritos na etapa 05 do objetivo específico 01;

Fonte: O autor.

Os indicadores do GRUPO I aplicados aos dados desta pesquisa resultam nos quadros 04 a 06 a seguir:

Quadro 4: Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo da central de regulação de urgências (CRU) entre os entes federados

Fórmula: $PPCE_{CRU} = (\%EU_{CRU}; \%EE_{CRU}; \%EM_{CRU})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo da central de regulação de urgências entre os entes federados	2017	$PPCE_{CRU} = (26,45 ; 0,00 ; 73,55)$
	2018	$PPCE_{CRU} = (27,43 ; 0,00 ; 72,57)$
	2019	$PPCE_{CRU} = (26,54 ; 0,00 ; 73,46)$
	2020	$PPCE_{CRU} = (25,19 ; 0,00 ; 74,81)$
	2017 a 2020	$PPCE_{CRU} = (26,38 ; 0,00 ; 73,62)$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 5: Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo das unidades de suporte avançado entre os entes federados

Fórmula: $PPCE_{USA} = (\%EU_{USA}; \%EE_{USA}; \%EM_{USA})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo das unidades de suporte avançado entre os entes federados	2017	$PPCE_{USA} = (26,80 ; 0,00 ; 73,20)$
	2018	$PPCE_{USA} = (28,69 ; 0,00 ; 71,31)$
	2019	$PPCE_{USA} = (28,44 ; 0,00 ; 71,56)$
	2020	$PPCE_{USA} = (24,74 ; 0,00 ; 75,26)$
	2017 a 2020	$PPCE_{USA} = (27,09 ; 0,00 ; 72,91)$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 6: Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo do núcleo de educação em urgências entre os entes federados

Fórmula: $PPCE_{NEU} = (\%EU_{NEU}; \%EE_{NEU}; \%EM_{NEU})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo do núcleo de educação em urgências entre os entes federados	2017	$PPCE_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2018	$PPCE_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2019	$PPCE_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2020	$PPCE_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2017 a 2020	$PPCE_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$

Fonte: dados da pesquisa

GRUPO II: Indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU por ente federado.

Quadro 7: Caracterização dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU por ente federado

Grupo II: Indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU por ente federado.	
Descrição:	Este grupo de indicadores verifica a diferença entre o percentual de custeio efetivo e o percentual de custeio referenciado em legislação nacional vigente para cada componente do SAMU e cada ente federado de forma individualizada.
Objetivo dos indicadores:	Mostrar a diferença entre o percentual de custeio efetivo (prática) e o percentual de custeio referenciado em legislação nacional (teoria).
Cálculo matemático:	$DpcU_{X} = (\%EU_{X} - \%RU_{X})$ onde: “X” : corresponde ao componente do SAMU em estudo; $DpcU_{X}$: corresponde à diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pela União; $\%EU_{X}$: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pela União; $\%RU_{X}$: corresponde ao percentual de custeio referenciado do componente

	<p>“X” do SAMU pela União;</p> <p>DpcE_X = (%EE_X - %RE_X)</p> <p>onde:</p> <p>“X” : corresponde ao componente do SAMU em estudo;</p> <p>DpcE_X : corresponde à diferença percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pelo Estado;</p> <p>%EE_X: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pelo Estado;</p> <p>%RE_X: corresponde ao percentual de custeio referenciado do componente “X” do SAMU pelo Estado;</p>
	<p>DpcM_X = (%EM_X - %RM_X)</p> <p>onde:</p> <p>“X” : corresponde ao componente do SAMU em estudo;</p> <p>DpcM_X : corresponde à diferença percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pelos Municípios;</p> <p>%EM_X: corresponde ao percentual de custeio efetivo do componente “X” do SAMU pelos Municípios;</p> <p>%RM_X: corresponde ao percentual de custeio referenciado do componente “X” do SAMU pelos Municípios;</p>
Possíveis resultados:	A diferença entre o percentual de custeio efetivo e o percentual de custeio referenciado pode resultar em percentual negativo, nulo ou positivo.
Análise do resultado:	<p>Quando a diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado for:</p> <p>a) negativa, significa que o ente federado em questão custeia menos que o percentual referenciado na legislação do SAMU para o componente em estudo;</p> <p>b) igual a zero, significa que o ente federado em questão custeia exatamente o percentual referenciado na legislação do SAMU;</p> <p>c) positiva, significa que o ente federado em questão custeia mais do que o percentual referenciado na legislação do SAMU;</p> <p>Se considerarmos que a adesão dos municípios ao SAMU é estimulada pelo custeio tripartite, e que o planejamento dos entes federados também é</p>

	organizado segundo as legislações vigentes, podemos dizer que quanto maior for a diferença entre o percentual de custeio efetivo e o percentual de custeio referenciado do SAMU pelos entes federados menor é a sustentabilidade econômica do serviço; Tais diferenças apontam para a revisão do valor de custeio do SAMU ou a revisão dos percentuais de custeio referenciados na legislação vigente;
Observações:	Legislação vigente para custeio referenciado Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO NO 06)

Fonte: O autor.

Os indicadores do GRUPO II aplicados aos dados desta pesquisa resultam nos quadros a seguir:

Quadro 8: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências (CRU) em relação à União

Fórmula: $DpcU_{CRU} = (\%EU_{CRU} - \%RU_{CRU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado da central de regulação de urgências em relação à União	2017	$DpcU_{CRU} = (26,45 - 50,00)$	$DpcU_{CRU} = -23,55$
	2018	$DpcU_{CRU} = (27,43 - 50,00)$	$DpcU_{CRU} = -22,57$
	2019	$DpcU_{CRU} = (26,54 - 50,00)$	$DpcU_{CRU} = -23,46$
	2020	$DpcU_{CRU} = (25,19 - 50,00)$	$DpcU_{CRU} = -24,81$
	2017 a 2020	$DpcU_{CRU} = (26,38 - 50,00)$	$DpcU_{CRU} = -23,62$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 9: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências (CRU) em relação ao Estado

Fórmula: $DpcE_{CRU} = (\%EE_{CRU} - \%RE_{CRU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado da central de regulação de urgências em relação ao Estado	2017	$DpcE_{CRU} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{CRU} = -25,00$
	2018	$DpcE_{CRU} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{CRU} = -25,00$
	2019	$DpcE_{CRU} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{CRU} = -25,00$
	2020	$DpcE_{CRU} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{CRU} = -25,00$
	2017 a 2020	$DpcE_{CRU} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{CRU} = -25,00$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 10: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências (CRU) em relação aos municípios conveniados

Fórmula: $DpcM_{CRU} = (\%EM_{CRU} - \%RM_{CRU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado da central de regulação de urgências em relação aos municípios conveniados	2017	$DpcM_{CRU} = (73,55 - 25,00)$	$DpcM_{CRU} = 48,55$
	2018	$DpcM_{CRU} = (72,57 - 25,00)$	$DpcM_{CRU} = 47,57$
	2019	$DpcM_{CRU} = (73,46 - 25,00)$	$DpcM_{CRU} = 48,46$
	2020	$DpcM_{CRU} = (74,81 - 25,00)$	$DpcM_{CRU} = 49,81$
	2017 a 2020	$DpcM_{CRU} = (73,62 - 25,00)$	$DpcM_{CRU} = 48,62$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 11: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado das unidades de suporte avançado (USA) em relação à União

Fórmula: $DpcU_{USA} = (\%EU_{USA} - \%RU_{USA})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado das unidades de suporte avançado em relação à União	2017	$DpcU_{USA} = (26,80 - 50,00)$	$DpcU_{USA} = -23,20$
	2018	$DpcU_{USA} = (28,69 - 50,00)$	$DpcU_{USA} = -21,31$
	2019	$DpcU_{USA} = (28,44 - 50,00)$	$DpcU_{USA} = -21,56$
	2020	$DpcU_{USA} = (24,74 - 50,00)$	$DpcU_{USA} = -25,26$
	2017 a 2020	$DpcU_{USA} = (27,09 - 50,00)$	$DpcU_{USA} = -22,91$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 12: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado das unidades de suporte avançado (USA) em relação ao Estado

Fórmula: $DpcE_{USA} = (\%EE_{USA} - \%RE_{USA})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado das unidades de suporte avançado em relação ao Estado	2017	$DpcE_{USA} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{USA} = -25,00$
	2018	$DpcE_{USA} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{USA} = -25,00$
	2019	$DpcE_{USA} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{USA} = -25,00$
	2020	$DpcE_{USA} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{USA} = -25,00$
	2017 a 2020	$DpcE_{USA} = (0,00 - 25,00)$	$DpcE_{USA} = -25,00$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 13: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado das unidades de suporte avançado (USA) em relação aos municípios conveniados

Fórmula: $DpcM_{USA} = (\%EM_{USA} - \%RM_{USA})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado das unidades de suporte avançado em relação aos municípios conveniados	2017	$DpcM_{USA} = (73,20 - 25,00)$	$DpcM_{USA} = 48,20$
	2018	$DpcM_{USA} = (71,31 - 25,00)$	$DpcM_{USA} = 46,31$
	2019	$DpcM_{USA} = (71,56 - 25,00)$	$DpcM_{USA} = 46,56$
	2020	$DpcM_{USA} = (75,26 - 25,00)$	$DpcM_{USA} = 50,26$
	2017 a 2020	$DpcM_{USA} = (72,91 - 25,00)$	$DpcM_{USA} = 47,91$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 14: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do núcleo de educação de urgências (NEU) em relação à União

Fórmula: $DpcU_{NEU} = (\%EU_{NEU} - \%RU_{NEU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado do núcleo de educação de urgências em relação à União	2017	$DpcU_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcU_{NEU} = 0,00$
	2018	$DpcU_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcU_{NEU} = 0,00$
	2019	$DpcU_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcU_{NEU} = 0,00$
	2020	$DpcU_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcU_{NEU} = 0,00$
	2017 a 2020	$DpcU_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcU_{NEU} = 0,00$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 15: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do núcleo de educação de urgências (NEU) em relação ao Estado

Fórmula: $DpcE_{NEU} = (\%EE_{NEU} - \%RE_{NEU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado do núcleo de educação de urgências em relação ao Estado	2017	$DpcE_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcE_{NEU} = 0,00$
	2018	$DpcE_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcE_{NEU} = 0,00$
	2019	$DpcE_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcE_{NEU} = 0,00$
	2020	$DpcE_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcE_{NEU} = 0,00$
	2017 a 2020	$DpcE_{NEU} = (0,00 - 0,00)$	$DpcE_{NEU} = 0,00$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 16: Cálculo dos indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do núcleo de educação de urgências (NEU) em relação aos municípios conveniados

Fórmula: $DpcM_{NEU} = (\%EM_{NEU} - \%RM_{NEU})$			
Descrição do indicador	Período	Aplicação	Resultado
Diferença entre o percentual de custeio efetivo / referenciado do núcleo de educação de urgências em relação aos municípios conveniados	2017	$DpcM_{NEU} = (100,00 - 0,00)$	$DpcM_{NEU} = 100,00$
	2018	$DpcM_{NEU} = (100,00 - 0,00)$	$DpcM_{NEU} = 100,00$
	2019	$DpcM_{NEU} = (100,00 - 0,00)$	$DpcM_{NEU} = 100,00$
	2020	$DpcM_{NEU} = (100,00 - 0,00)$	$DpcM_{NEU} = 100,00$
	2017 a 2020	$DpcM_{NEU} = (100,00 - 0,00)$	$DpcM_{NEU} = 100,00$

Fonte: dados da pesquisa

GRUPO III: Indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU.

Quadro 17: Caracterização dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU.

Grupo III: Indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU.	
Descrição:	Este grupo de indicadores consolida as diferenças percentuais entre o custeio efetivo e referenciado de cada componente do SAMU em um único indicador, podendo ser utilizado para cada componente específico do SAMU ou ainda um consolidado geral de vários componentes.
Objetivo dos indicadores:	Verificar por componente ou de forma geral, a diferença percentual entre o custeio efetivo e referenciado de todos os entes federados, facilitando a visualização de possíveis sobrecargas de custeio do SAMU a partir da legislação referenciada de financiamento tripartite.
Cálculo matemático:	$DCpc_{X} = (DpcU_{X}; DpcE_{X}; DpcM_{X})$ onde: “X” : corresponde ao componente do SAMU em estudo; $DCpc_{X}$: corresponde à diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos entes federados (união; estado; municípios) do componente “X”;

	<p>DpcU_X: corresponde à diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pela União;</p> <p>DpcE_X: corresponde à diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pelo Estado;</p> <p>DpcM_X: corresponde à diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do componente “X” do SAMU pelos Municípios;</p>
Possíveis resultados:	Cada elemento que compõe a diferença entre o percentual de custeio efetivo e o percentual de custeio referenciado pode resultar em percentual negativo, nulo ou percentual positivo. A soma de todos os elementos do indicador sempre será 0%.
Análise do resultado:	<p>Em cada elemento do indicador, quando a diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado for:</p> <p>a) negativa, significa que o ente federado em questão custeia menos que o percentual referenciado na legislação do SAMU para o componente em estudo;</p> <p>b) igual a zero, significa que o ente federado em questão custeia exatamente o percentual referenciado na legislação do SAMU;</p> <p>c) positiva, significa que o ente federado em questão custeia mais do que o percentual referenciado na legislação do SAMU;</p>
Observações:	<p>As diferenças entre os percentuais de custeio efetivo/referenciado estão descritos na etapa 06;</p> <p>Legislação vigente para custeio referenciado Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017</p>

Fonte: O autor.

Os indicadores do GRUPO III aplicados aos dados desta pesquisa resultam nos quadros a seguir:

Quadro 18: Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências (CRU).

Fórmula: $DCpc_{CRU} = (DpcU_{CRU} ; DpcE_{CRU} ; DpcM_{CRU})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado da central de regulação de urgências	2017	$DCpc_{CRU} = (-23,55 ; -25,00 ; 48,55)$
	2018	$DCpc_{CRU} = (-22,57 ; -25,00 ; 47,57)$
	2019	$DCpc_{CRU} = (-23,46 ; -25,00 ; 48,46)$
	2020	$DCpc_{CRU} = (-24,81 ; -25,00 ; 49,81)$
	2017 a 2020	$DCpc_{CRU} = (-23,62 ; -25,00 ; 48,62)$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 19: Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado das unidades de suporte avançado (USA).

Fórmula: $DCpc_{USA} = (DpcU_{USA} ; DpcE_{USA} ; DpcM_{USA})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado das unidades de suporte avançado	2017	$DCpc_{USA} = (-23,20 ; -25,00 ; 48,20)$
	2018	$DCpc_{USA} = (-21,31 ; -25,00 ; 46,31)$
	2019	$DCpc_{USA} = (-21,56 ; -25,00 ; 46,56)$
	2020	$DCpc_{USA} = (-25,26 ; -25,00 ; 50,26)$
	2017 a 2020	$DCpc_{USA} = (-22,91 ; -25,00 ; 47,91)$

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 20: Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do núcleo de educação de urgências (NEU).

Fórmula: $DCpc_{NEU} = (DpcU_{NEU} ; DpcE_{NEU} ; DpcM_{NEU})$		
Descrição do indicador	Período	Aplicação/Resultado
Cálculo dos indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado do núcleo de educação de urgências	2017	$DCpc_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2018	$DCpc_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2019	$DCpc_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2020	$DCpc_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$
	2017 a 2020	$DCpc_{NEU} = (0,00 ; 0,00 ; 100,00)$

Fonte: dados da pesquisa

5. DISCUSSÃO

A temática mais explorada em dissertações e teses sobre o SAMU é a saúde do trabalhador no contexto pré-hospitalar, sendo os profissionais a população mais investigada. (Agra MAC, Dissertações e teses da enfermagem acerca do SAMU). Há uma lacuna em pesquisa quando abordamos o olhar de gestão do serviço e sustentabilidade do SAMU. Configura-se então um campo de estudo importante a ser explorado, uma vez que a garantia da continuidade dos serviços do SAMU também de sua sustentabilidade econômica.

Nesta pesquisa, há um viés importante a ser considerado, a pandemia COVID-19, impactando nas despesas e na produção do SAMU. Vale ressaltar que o SAMU foi o único componente que não recebeu auxílio emergencial do Governo Federal para o enfrentamento da pandemia ^{(Câmara dos Deputados (Brasil))}, porém, os resultados mostram característica diferente na produção do SAMU em 2020, tendo uma redução de 8,94% no número de chamadas reguladas em relação ano anterior e um aumento de 22,45% no número de atendimentos com a USA em relação ao ano anterior. O aumento de atendimentos com USA pode ser explicado devido às demandas específicas da COVID-19 por transferências inter hospitalares.

O NEU neste período não atendeu as demandas dos municípios conveniados devido à necessidade dos profissionais deste componente atuarem nas USAs e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) frente a escassez de enfermeiros no mercado de trabalho neste período.

Esta pesquisa evidencia a participação diferenciada do município sede do convênio ^(Convênio 01/2017/SMS?), que assume a organização e a execução do trabalho operacional e administrativo do SAMU, além de suportar a inadimplência financeira dos demais municípios do convênio para manter o serviço em atividade. O município sede do convênio é o único de médio porte, e a gestão orçamentária e financeira possibilitou no período da pesquisa suportar esta inadimplência financeira até reestabelecer o equilíbrio financeiro do mesmo. Vale ressaltar que o convênio em questão prevê ações e penalidades gradativas para os municípios inadimplentes, as quais seriam a notificação dos débitos, comunicação do débito ao Conselho Municipal de Saúde do município inadimplente, comunicação ao Departamento Regional de Saúde, Comunicação ao Ministério da Saúde, suspensão do atendimento das ligações do município inadimplente ao tronco telefônico de ligações 192 e exclusão do convênio. Durante o período de pesquisa ocorreram várias notificações de inadimplência e chegou ocorrer a suspensão do atendimento telefônico no tronco telefônico 192 de um município conveniado, que após esta penalidade parcelou a dívida e manteve regularidade no pagamento.

Ao verificar os dados extraídos do IBGE dos municípios conveniados ao SAMU da região de São José do Rio Preto, podemos constatar que, em 2020, 61,29% (19 municípios) tinham até 10 mil habitantes, e apenas 6,45% (02 municípios) tinham mais de 50 mil habitantes. Estes dados mostram a prevalência de municípios pequenos na região do SAMU em estudo.

Ao verificar os dados extraídos do SIOPS dos municípios conveniados em relação à participação nas transferências do governo no orçamento da saúde constata-se que, em 2020, 64,52% (20 municípios) tem em participação das transferências do governo no orçamento da saúde em mais de 75%, e que a maior concentração de municípios (cerca de 38,71%) está na faixa de 75,01% a 85,00%. Estes dados demonstram que os municípios tem uma grande dependência das transferências dos Estados e União para compor o orçamento municipal de saúde.

Ao verificar os dados extraídos do SIOPS dos municípios conveniados em relação ao percentual de receitas próprias dos municípios aplicadas em saúde constata-se que, em 2020, 83,87% (26 municípios) aplicam mais de 25% das receitas próprias em saúde, e que a maior concentração de municípios (cerca de 61,29%) está na faixa de 25,01% a 30,00%. Aqui vale lembrar que o percentual mínimo das receitas próprias aplicadas em saúde para os municípios é de 15%^(LC 141). Interessante verificar que apenas 1 município (3,23%) aplicou em saúde até 20% da receita própria e ainda, houve 1 município que aplicou mais de 35%. Esta aplicação substancialmente maior que o mínimo aplicado demonstra que o município é o ente federado que está sendo sobrecarregado com as despesas em saúde.

Assim como a apresentação dos resultados, a discussão dos resultados obtidos também foi seccionada segundo objetivos específicos para proporcionar uma melhor visualização e correspondência aos objetivos e discussão.

5.1 Análise dos custos do SAMU e o financiamento pelos entes federados

Os dados da pesquisa evidenciam que o SAMU tem uma característica de serviço de disponibilidade, e seus custos fixos são expressivamente com RH. Observa-se que em todo o período da pesquisa, e em todos os componentes estudados, as despesas com RH superam 90% das despesas totais do SAMU.

O ano de 2017 foi peculiar, apresentando uma despesa média mensal de RH maior que a média mensal dos períodos posteriores. Neste ano ocorreram rescisões trabalhistas em

decorrência de encerramento de convênio de RH que contribuíram para o maior valor médio mensal com RH.

Na CRU, os dados da pesquisa apresentam que 93,82% das despesas totais do período de abril de 2017 a dezembro de 2020 estão relacionadas com RH. Dentre as demais despesas, destacam-se as permanentes, compostas por água & esgoto, energia elétrica e telefonia fixa e móvel (2,11%) seguidos pelas despesas com manutenção predial (1,42%) e de manutenção de equipamentos (0,94%). O Custo médio mensal da Central de Regulação de Urgências em 2020 consolidou-se em R\$ 445.425,30 e o custo médio de uma chamada regulada neste mesmo período consolidou-se em R\$45,48.

Outra pesquisa, como o levantamento realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Centro-SUL (CISRU) de Barbacena/MG, corrobora com os dados aqui obtidos, apresentando o custo médio mensal de R\$ 426.242,00 para CRU de mesmo porte (porte III) ^{(Câmara dos Deputados (Brasil))}. Os custos com RH representaram 97% dos custos totais, e as demais despesas representaram 3%. Observa-se que a predominância das despesas com RH é semelhante nos resultados aqui obtidos (93,82%). Nesta pesquisa não foram apresentadas a produção e o custo médio de uma chamada regulada pela CRU.

O custo médio mensal da CRU encontrado na pesquisa é 4,5% superior à pesquisa realizada pelo CISRU. A gestão do SAMU pela pesquisa realizada pelo CISRU é realizada por consórcios enquanto que a gestão do SAMU nesta pesquisa apresentada é por convênio (contrato administrativo). Além das diferenças de mercado local, uma possível causa para esta diferença é que na pesquisa realizada no SAMU da região de São José do Rio Preto o custo com a área técnica administrativa está absorvido integralmente na CRU, enquanto que no levantamento realizado pelos consórcios o custo do NEU (chamado de Núcleo de Educação Permanente – NEP) está absorvido na CRU, USA e USB. Não há detalhamento sobre o método de custeio utilizado ou ainda, do valor apurado para cada tipo de despesa/categoria de despesas.

Nas USAs, os dados da pesquisa apresentam que 95,43% das despesas totais do período da pesquisa referem-se às despesas com RH. Dentre as demais despesas, destacam-se as despesas com insumos gerais (1,94%), abrangendo materiais médicos/enfermagem, uniformes (...) e demais insumos, exceto o oxigênio medicinal e os medicamentos. Em seguida, predomina as despesas de frota, compostas por combustível e manutenção das viaturas (1,38%) e locação/manutenção de equipamentos das USAs (0,51%). O Custo médio mensal de uma USA em 2020 consolidou-se em R\$ 181.809,21 e o custo médio de um atendimento por USA no mesmo período foi de R\$ 2.298,96.

Outra pesquisa realizada pela Rede Nacional de Consórcios Públicos, utilizando uma amostragem de SAMU's dos Estados de Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Espírito Santo e São Paulo, corroboram com os dados aqui obtidos, apresentando o custo médio mensal de uma USA em R\$ 202.000,00. Os custos com RH representaram 79% dos custos totais, as despesas com Manutenção representaram 15%, administração 3%, educação permanente 1% e frota reserva 2%. Os itens de maior impacto na manutenção foram combustível, oxigênio e medicamentos. (Câmara dos Deputados (Brasil)).

O custo médio mensal de uma USA encontrado na pesquisa é 11,11% inferior à pesquisa realizada pela Rede Nacional de Consórcios Públicos.

Encontramos uma diferença entre o percentual das despesas com RH obtidos nos resultados desta pesquisa (95,43%) e nos dados da Rede Nacional de Consórcios (79%). Tal diferença pode estar associada à dinâmica da manutenção de frota (que impacta percentualmente nas demais despesas), uma vez que no SAMU em estudo as manutenções são realizadas com serviço de toda a prefeitura, otimizando as despesas. Com isso, o percentual desta despesa nos resultados obtidos (1,54%) é menor que o percentual apresentado pelos consórcios (15%), Vale ressaltar que os demais insumos/serviços também são comprados ou executados em maior escala, utilizando dos contratos e compras realizadas pela SMS da sede do SAMU.

Vale lembrar que não há detalhamento sobre o método de custeio utilizado pela Rede Nacional de Consórcios ou ainda, maior detalhamento do valor apurado para cada tipo de despesa/categoria de despesas. As despesas referentes a treinamentos também estão absorvidas nas USA's.

Embora não estejamos tratando dos custos de USB nesta pesquisa (por este componente não objeto do convênio regional do SAMU em estudo) registra-se aqui que este mesmo levantamento da Rede Nacional de Consórcios Públicos aponta o custo médio de uma USB em R\$ 65.000,00.

Estudo realizado durante seis meses no Nordeste, com o objetivo de mensurar o custo médio para USA e USB e relacionar os custos mais e os menos onerosos, apontou despesas médias mensais de R\$ 37.155,99 para a USA e R\$ 24.772,17 para USB. Contudo, não foi identificada clareza no método apresentado, o que compromete/dificulta a comparação entre os achados.

Para o componente NEU, 94,64% das despesas totais do período de estudo referem-se às despesas com RH. Dentre as demais despesas, destacam-se as permanentes, compostas por água e esgoto, energia elétrica e telefonia fixa e móvel (3,36%) seguidos pelas despesas com

insumos gerais (1,46%) que abrangem materiais de expediente/escritório e materiais utilizados nos treinamentos. O custo médio mensal do NEU em 2019 foi de R\$ 18.731,38.

Como citado anteriormente, o levantamento da Rede Nacional de Consórcios não considera o NEU como componente independente no SAMU, mas por meio dos percentuais apresentados é possível estimar que o valor mensal das despesas consideradas para treinamentos em média é de R\$ 7.000,00.

A diferença entre os valores do custo médio mensal do NEU obtido nos resultados desta pesquisa (R\$ 18.731,38) e a estimativa realizada com os dados da Rede Nacional de Consórcios Públicos (R\$ 7.000,00) pode estar associada ao fato de que no SAMU em estudo nesta pesquisa há uma estruturação fixa do NEU com espaço físico próprio e RH fixo.

O ano de 2020 traz o viés da pandemia COVID-19 no SAMU. Observa-se o impacto especialmente nos insumos comparado ao ano anterior. Na CRU houve aumento de 69,11% nos insumos gerais e de 188,33% com despesas de informática. Nas USAs é ainda mais visível este impacto, por meio do aumento de 179,83% na locação/manutenção dos equipamentos; 175,60% nos insumos gerais; 61,43% nas despesas com oxigênio medicinal; 41,81% nas despesas com medicamentos; e 16,75% nas despesas com combustível e manutenção de viaturas. Vale ressaltar que as USAs utilizam os insumos de assistência direta ao paciente, e neste período houve uma instabilidade de preços e disponibilidade destes insumos no mercado frente à grande demanda por estes no cenário mundial.

Estudo de análise dos impactos socioeconômicos decorrentes da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) no Estado de São Paulo observou práticas abusivas de aumentos arbitrários e sem justa causa nos preços dos produtos em período de pandemia, corroborando assim com a hipótese elencada dos aumentos expressivos nos insumos das USAs. Vale ressaltar que o Brasil não tabela ou controla preço de produtos, sendo a livre iniciativa um princípio fundamental que rege a ordem econômica nacional. (Impactos da pandemia da covid-19 sob a égide do código de defesa do consumidor)

Produção e os custos dos componentes do SAMU

Em 2017, houve apenas nove meses de convênio do SAMU, desta forma, a fim de equalizar o olhar sobre a produção dos componentes do SAMU, discutiremos sobre a média mensal da produção e não o total anual.

As maiores médias mensais de produção dos componentes do SAMU foram 10.755,08 chamadas reguladas na CRU em 2019, 237,25 atendimentos por USAs em 2020 e 239,42 participantes de treinamentos no NEU em 2019.

Nota-se que a quantidade de chamadas reguladas esteve em progressão ascendente de 2017(10.193,88) a 2019(10.755,08), reduzindo 8,94% em 2020. Em relação aos atendimentos com USAs houve oscilação no número de chamados no número de chamadas reguladas, sendo o menor número em 2019(193,75) e o maior em 2020(237,25), resultando em um aumento de 22,45%.

Em relação ao NEU, a média mensal de participantes em treinamentos ficou estável, oscilando entre 231,42 em 2018 a 239,42 em 2019. Em 2020 não houve produção devido à necessidade de realocação dos profissionais para atendimento na área assistencial.

O custo médio de uma chamada regulada pela CRU variou entre R\$ 38,77 em 2018 e R\$ 45,48 em 2020. Em 2020 houve a menor média mensal de chamadas reguladas, o que contribuiu para que este período tivesse o maior custo médio deste indicador.

O custo médio de um atendimento com a USA variou entre R\$ 2.290,48 em 2018 e R\$ 2.562,09 em 2017. Vale ressaltar que, embora as despesas com as USAs sofressem um impacto de aumento maior em 2020 devido às circunstâncias de mercado causadas pela pandemia COVID-19, este componente teve também neste ano a sua maior produção mensal (fruto da necessidade do serviço durante a pandemia), deixando o custo médio do atendimento unitário com a USA (R\$ 2.298,96) próximo ao menor custo em 2018.

O custo médio de um participante em capacitação do NEU variou entre R\$ 78,24 em 2019 e R\$ 101,95 em 2017. Vale lembrar que, em 2020, não houve oferta de capacitações para o SAMU.

A composição do custo médio de uma chamada regulada no período de estudo foi em média de 93,76% com RH e 6,24% com as demais despesas. No custo com RH destaca-se a categoria médica representando em média 70,94% do custo total de uma chamada regulada e 75,67% do total de RH. Os telefonistas/tarms/ro representaram em média 17,48% do custo total e o RH da área técnica representaram em média 5,33%.

Na composição do custo médio por atendimento das USAs, predominou em média de 95,70% com RH e 4,3% com as demais despesas. A categoria médica representou em média 60,68% do custo total de um atendimento com USA e 63,41% do total de RH. Os enfermeiros em média 18,48% do custo total e os motoristas socorristas representaram em média 16,54%.

A composição do custo médio por profissional capacitado no NEU foi de 94,53% com RH e 5,47 com as demais despesas. A categoria profissional enfermeiro representou em sua totalidade os custos com RH.

No geral, temos que a despesa com os profissionais médicos foi principal despesa do SAMU deste período, superando em média 64% das despesas totais do serviço e 67,86% do

total de RH. A despesa com enfermeiros representou 11,44% do total, a despesa com motoristas socorristas representou 8,61% e a despesa com telefonistas/tarm's/ro representou em média 7,93% das despesas totais do SAMU no período de estudo.

Financiamento do SAMU

O financiamento do SUS é um quesito primordial para a execução das ações e serviços públicos em saúde. O subfinanciamento da saúde pública no Brasil é estrutural e as renúncias fiscais nos últimos anos contribuem para a redução dos recursos disponíveis para o SUS.

Diante o contexto das limitações de recursos financeiros para o SUS, sobretudo provenientes da Emenda Constitucional 95 em 2016, os repasses federais são essenciais para a execução das ações e serviços da saúde pública no Brasil, dada a fragilidade das fontes de recursos estaduais e municipais decorrentes desta emenda.

Vemos que o Estado de Paulo não participou do custeio do SAMU no período da pesquisa e o governo federal manteve os valores de custeio sem alteração,

A CRU foi custeada, em média, na proporção de 73,62% pelos municípios e 26,38% pela União. As USAs foram custeadas, em média, na proporção de 72,91% pelos municípios e 27,09% pela União. Já o componente NEU foi custeado em sua totalidade pelos municípios, uma vez que ele não é previsto na legislação como um componente individualizado com financiamento pelo SAMU.

A pesquisa evidenciou que, do custeio referenciado aos entes federados pela Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 e o custeio efetivo de cada ente federado, a União custeia em média apenas 26,32% do total dos custos do SAMU, sendo 23,68% do total a menos do que o referenciado (50%). O Estado de São Paulo não participa do custeio do SAMU (25% referenciado) e os municípios custeiam 73,68 do total dos custos do SAMU, sendo 48,68% do total a mais do que o referenciado (25%).

O NEU é um componente fundamental para o SAMU, sendo este responsável por toda a qualificação assistencial do serviço prestado no SAMU e também na RUE. Realiza capacitações para os profissionais de todos os componentes do SAMU (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas socorristas, telefonistas/TARMS) e também aos profissionais dos serviços que antecedem ou sucedem o atendimento do SAMU, sendo estes profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços de saúde, Hospitais, até mesmo escolas e a população em geral. O NEU qualifica o SAMU e toda a RUE na linha de cuidado, de forma transversal. A execução dos serviços do SAMU, pela sua própria natureza,

demanda esta qualificação para proporcionar ao usuário do serviço melhores condições para o reestabelecimento de sua saúde.

A educação permanente é destaque na temática do SAMU em estudos de teses e dissertações. (Agra MAC, Dissertações e teses da enfermagem acerca do SAMU). Estudo com profissionais do SAMU no estado da Bahia mostrou diversas vantagens para o serviço com a educação permanente, desde a consolidação de compromisso pessoal dos profissionais até a atualização das práticas no serviço. (Coelho GMP. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do samu)

O atendimento qualificado do SAMU contribui para a melhora do quadro geral do paciente, podendo reduzir ou até mesmo suprimir a internação hospitalar do mesmo, reduzir chances de sequelas ou agravos de saúde e até mesmo ser indispensável para a vida do paciente. Além do impacto social e clínico desta qualificação, há também a contribuição econômica para o SUS e o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, uma vez que reduzindo o tempo de internação e reduzindo a gravidade do quadro clínico do paciente, menos recursos financeiros serão necessários da rede de atenção à saúde em geral, e, no caso de contribuintes do INSS, menos tempo este paciente necessitará de auxílio financeiro no processo de reestabelecimento de sua saúde.

A estruturação do NEU demanda recursos para contratação de profissionais dedicados ao serviço, estrutura física para treinamentos, equipamentos/materiais para aulas, equipamentos de informática entre outros. A ausência ou escassez de recursos financeiros destinados para esta finalidade inviabilizam a plena execução dos serviços deste componente.

Tendo em vista a importância do NEU para o SAMU e o impacto deste para toda a sociedade e serviços de saúde, recomenda-se que o mesmo seja fomentado como componente em forma de custeio pelos entes federados, de forma a possibilitar sua estruturação no SAMU e garantir de maneira constante a qualificação dos profissionais e da RUE como um todo.

Também, recomenda-se que seja priorizado pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID a criação e disponibilização de ferramentas para padronizar e auxiliar os municípios a apurarem os custos do SAMU. Torna-se importante este suporte do MS para padronizar o método de apuração de custos e assim possibilitar comparações em todo o território nacional.

5.2 Discussão da análise da inadimplência financeira pelos municípios para manter o SAMU e correlação com as variáveis independentes

A análise da inadimplência financeira pelos municípios é realizada com o intuito de verificar se há dificuldade pelos municípios em saldar o serviço do SAMU. Desta forma, organizou-se os dados de forma a averiguar a condição de adimplência/inadimplência no convênio e também, caso haja, a intensidade da inadimplência dos municípios. Com estes dados, buscou-se associação de correlação de Spearman para três variáveis independentes: porte populacional, participação nas transferências do governo e percentual de receitas próprias aplicadas em ações e serviços de saúde.

Condição de adimplência/inadimplência financeira pelos municípios

As tabelas 07 a 09 tratam da condição de inadimplência (estar adimplente ou inadimplente) associada a cada variável independente. Vale ressaltar que a coluna referente a “0 mês” indica a condição de adimplência, e as demais colunas de valores indicam a quantidade de meses em que os elementos estratificados nas linhas estiveram inadimplentes dentro do período observado.

A tabela 07 apresenta os dados da condição de inadimplência segundo porte populacional. Sugere-se, pelos fatores de correlação de Spearman negativos, que há uma tendência quanto maior a faixa populacional dos municípios menor é a quantidade de meses em que os municípios estiveram inadimplentes. Observa-se que em nenhum dos períodos de estudo houve adimplência na faixa de municípios até 5 mil habitantes. Observa-se também que, para as colunas “7 a 9 meses” e “10 a 12 meses” em que estiveram inadimplentes, as faixas populacionais predominantes foram as menores (até 5 mil habitantes e de 5.001 a 10.000 habitantes). Esta tendência se confirmou no ano de 2020, com associação com $p=0,015$.

A tabela 08 apresenta os dados da condição de inadimplência segundo participação nas transferências do governo. Sugere-se, pelos fatores de correlação de Spearman positivos, que há uma tendência quanto maior a participação das transferências do governo nos municípios maior é a quantidade de meses em que os municípios estiveram inadimplentes. Observa-se que, na faixa “ > 90%” não há adimplência em nenhum dos períodos de estudo. Nota-se também que, para as colunas “7 a 9 meses” e “10 a 12 meses” em que estiveram inadimplentes há maior predominância das faixas com maiores percentuais de participação das transferências de governo. Houve associação nos anos de 2018, com $p=0,030$, e no ano de 2019, com $p=0,040$. Embora nos anos de 2017 e 2020 o valor p foram maiores que $p=0,05$, observamos que os valores foram relativamente pouco maiores, sendo $p=0,053$ e $0,052$.

respectivamente. Talvez, esta mesma pesquisa reproduzida com um número maior de municípios possa resultar em valores de $p < 0,05$.

A tabela 09 apresenta os dados da condição de inadimplência segundo percentual de receitas próprias aplicadas em saúde. Neste cenário não foram encontradas associações significativas e os fatores de correlação de Spearman são difusos. Os dados apresentam-se com uma tendência de centralidade.

Esta não-associação do percentual de receitas próprias aplicadas em saúde com a condição de inadimplência pode estar relacionada ao fato de que as receitas próprias dos municípios não são vinculadas a programas específicos, podendo assim serem utilizadas conforme a necessidade ou interesse do município. O custeio do SAMU pode ter assim o viés da decisão do gestor municipal em priorizar ou não este serviço.

Intensidade da inadimplência financeira pelos municípios

As tabelas 10 a 12 tratam da intensidade de inadimplência financeira associada a cada variável independente estudada. Vale ressaltar que a coluna referente a “0 parc.” indica a condição de adimplência, e as demais colunas de valores indicam a maior quantidade de parcelas acumuladas em atraso do convênio pelos elementos estratificados.

A tabela 10 apresenta os dados da intensidade de inadimplência segundo porte populacional. Assim como verificado na tabela 07 (condição de inadimplência) sugere-se, pelos fatores de correlação de Spearman negativos, que há uma tendência quanto maior a faixa populacional dos municípios menor é a quantidade de parcelas acumuladas em atraso. Observa-se que em nenhum dos períodos de estudo houve adimplência na faixa de municípios até 5 mil habitantes. Observa-se também que, para as colunas “13 a 18 parc.” e “> 18 parc.”, as faixas populacionais predominantes foram as menores (até 20 mil habitantes). Esta tendência se confirmou em todos os períodos do estudo, sendo em 2017 $p=0,025$, em 2018 $p=0,027$, em 2019 $p=0,006$, e em 2020 $p=0,002$.

A tabela 11 apresenta os dados da intensidade da inadimplência segundo participação nas transferências do governo. Sugere-se, pelos fatores de correlação de Spearman positivos, que há uma tendência quanto maior a participação das transferências do governo nos municípios maior é a quantidade de parcelas acumuladas em atraso no convênio. Observa-se que, na faixa “> 90%” não há adimplência em nenhum dos períodos de estudo. Nota-se também que, para as colunas da tabela que indicam maiores quantidades de parcelas em atraso há maior predominância das faixas com maiores percentuais de participação das

transferências de governo. Houve associação nos anos de 2018, com $p=0,017$, em 2019, com $p=0,024$ e em 2020 com $p=0,044$.

A tabela 12 apresenta os dados da intensidade da inadimplência segundo percentual de receitas próprias dos municípios aplicadas em saúde. Assim como na tabela 09 (condição de inadimplência) não foram encontradas associações significativas e os fatores de correlação de Spearman foram difusos. Os dados também apresentam-se com uma tendência de centralidade.

Ao fazer a correlação da inadimplência financeira com o porte populacional, demonstrou-se que os municípios menores tem maiores dificuldades para saldar o convênio, isto é, o modelo de financiamento do samu ou da política pública em si não deixa (ou pode não deixar) os municípios de portes populacionais diferentes em iguais condições para saldar o convênio.

A correlação da inadimplência financeira com o grau de dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo mostrou que municípios que dependem mais do governo para ações em saúde também apresentam mais dificuldades para saldar o convênio. Esta relação mostra a importância da atualização do custeio do samu, uma vez que os municípios com maior grau de dependência das transferências do governo não têm condições de dispor de recursos adicionais para cobrir a defasagem de custeio dos demais entes federados.

A correlação da inadimplência financeira com o percentual da receita própria aplicada em saúde dos municípios conveniados mostrou que não houve associação, isto é, como este recurso é de uso desvinculado de ações e programas específicos na saúde, o resultado sugere que o serviço do samu talvez não seja visto como prioridade dos gestores municipais em relação aos demais serviços/programas do município. Caberia uma maior investigação acerca deste tema.

Como comentado anteriormente, esta não-associação do percentual de receitas próprias aplicadas em saúde com a condição de inadimplência pode estar relacionada ao fato de que as receitas próprias dos municípios não são vinculadas a programas específicos, podendo assim serem utilizadas conforme a necessidade ou interesse do município.

5.3 Discussão da construção, aplicação e proposta de indicadores de sustentabilidade para subsidiar o monitoramento e a avaliação econômica do SAMU

A diversidade dos municípios no Brasil, em relação à dependência econômica do estado e união é grande, principalmente, se considerar que as arrecadações de recursos de alguns municípios apresentam limitações, dentre elas a relacionada com a atividade econômica.

A instabilidade e a defasagem no custeio do SAMU podem provocar dificuldades no planejamento e execução do serviço. Há de se considerar que, o incentivo de custeio de manutenção do SAMU pela esfera federal é igualitário para todo o Brasil, porém o incentivo de custeio ou atuação do estado no SAMU é próprio de cada estado. (Câmara dos Deputados (Brasil))

Desta forma, o monitoramento da sustentabilidade econômica do SAMU é essencial para a garantia da oferta do serviço à população em todo o Brasil. Os indicadores propostos abrangem estas diferenças e assim permitem um olhar comparativo para análise da sustentabilidade econômica do SAMU.

Um ponto muito importante a ser considerado é o fato do Estado de São Paulo não custear o SAMU e manter um serviço similar no estado (GRAU). Precisamos pensar na integralidade do paciente e não manter serviços paralelos/concorrentes para que haja a eficiência no uso dos recursos financeiros e garantia da oferta dos serviços.

Grupo I: Indicadores de prevalência percentual de custeio efetivo dos componentes do SAMU entre os entes federados.

Nesta perspectiva, os indicadores mostram qual ente federado está custeando de fato o SAMU e em qual proporção isto ocorre. Os quadros 04 a 06 mostram, respectivamente, as prevalências de custeio da CRU, USAs e NEU entre os entes federados. Temos em todos os quadros e os períodos de estudo que, a esfera municipal é o principal ente federado que custeia o SAMU, e ainda de forma expressiva. Podemos verificar que o percentual de custeio do SAMU pelos municípios é crescente, e ainda, a medida em que cresce o percentual de custeio dos municípios o percentual de custeio da União vai diminuindo, uma vez que o Estado de São Paulo não participa do custeio de nenhum componente do SAMU. Isto se deve ao fato de que o custeio do SAMU não tem reajuste desde 2013 e a inflação IPCA está em 71,43.

A prevalência percentual de custeio efetivo da CRU pelos municípios chega a 74,81% em 2020 (tabela 02), para as USAs 75,26% em 2020 e para o NEU 100% em todos os períodos, uma vez que não há custeio específico para o mesmo.

Destaca-se que não encontrou-se na literatura pesquisas para comparabilidade entre os achados.

Grupo II: Indicadores de diferença entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU por ente federado.

Nesta perspectiva, os indicadores mostram a situação do cumprimento da Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (PORTARIA CONSOLIDAÇÃO Nº 06) do MS que referencia os percentuais de custeio do SAMU para a União, Estados e Municípios. Desta forma é possível avaliar tal cumprimento por ente federado ou por componente, uma vez que os cálculos são individualizados.

Os quadros 06 a 14 apresentam as diferenças entre o percentual de custeio efetivo e referenciado de cada componente individualizado do SAMU e de cada ente federado.

Em relação à CRU, houve uma variação da diferença percentual de custeio da União ($DpcU_{CRU}$) entre -22,57 (2018) e -24,81 (2020). Para o Estado a diferença ($DpcE_{CRU}$) foi de -25,00 em todo o período e para os Municípios a diferença percentual de custeio ($DpcM_{CRU}$) a variação foi de 47,57 (2018) a 49,81 (2020).

Em relação às USAs, houve uma variação da diferença percentual de custeio da União ($DpcU_{USA}$) entre -21,31 (2018) e -25,26 (2020). Para o Estado a diferença ($DpcE_{USA}$) foi de -25,00 em todo o período e para os Municípios a diferença percentual de custeio ($DpcM_{USA}$) a variação foi de 46,31 (2018) a 50,26 (2020).

Em relação ao NEU, como não há referência de percentual de custeio na legislação, temos que a diferença para a União ($DpcU_{NEU}$) e Estado ($DpcE_{NEU}$) a diferença foi 0,00, e para os municípios a diferença ($DpcM_{NEU}$) foi 100,00.

Destaca-se que não encontrou-se na literatura pesquisas para comparabilidade entre os achados.

Grupo III: Indicadores de diferença consolidada entre o percentual de custeio efetivo/referenciado dos componentes do SAMU.

Nesta perspectiva, os indicadores apresentam para cada componente do SAMU (ou em sua totalidade) o consolidado da diferença percentual de custeio dos entes federados. Desta forma possibilita fácil visualização para possíveis ajustes no custeio do SAMU,

mostrando quais entes federados estão sendo beneficiados ou prejudicados no caso de desatualização de valores de custeio.

Os quadros 16 a 18 apresentam a diferença percentual consolidadas entre o custeio efetivo e referenciado de cada componente individualizado do SAMU. Observando a evolução nos quadros, nota-se para a CRU e as USAs, que há uma tendência do percentual de custeio da União ser cada vez menor e o percentual dos municípios, na mesma proporção, ser cada vez maior. Esta tendência é consequência da não atualização do valor de repasse de custeio para os entes federados desde o ano de 2013. Sendo o valor repassado pela União fixo, este representa cada vez um percentual efetivo de custeio menor devido à inflação de mercado, e esta diferença é suportada pelos municípios, uma vez que o Estado de São Paulo não realiza repasse de custeio para o SAMU. Como citado anteriormente, como o NEU é 100% custeado pelos municípios, não houve variação na diferença percentual consolidada entre o custeio efetivo e o referenciado.

Os indicadores propostos possibilitam o estudo de todos os componentes do samu, trazendo um olhar específico por componente, por ente federado e pelo SAMU como um todo. Desta forma contribuem para discussões na instância de execução e elaboração de políticas públicas para o SAMU por todos os entes federados, além de poderem ser utilizados por gestores do SAMU e comunidade acadêmica.

Recomenda-se que seja realizada uma revisão dos valores de custeio do SAMU de forma regular, para que não ocorra sobrecarga aos municípios, uma vez que a operacionalização é realizada por eles ou a serviço deles.

Ainda, recomenda-se que o Estado de São Paulo participe do custeio do SAMU, uma vez que a ausência deste custeio sobrecarrega significativamente os municípios paulistas.

6. CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa, segundo o objetivo definido permitem a fundamentação de evidências e concluir que entre os entes federados, os municípios estão sendo sobrecarregados assumindo cerca de 47,56% a mais do custeio neste programa do que em relação ao percentual de custeio referenciado em legislação vigente.

A condição de inadimplência financeira dos municípios conveniados sugere o enfraquecimento da sustentabilidade econômica deste serviço, podendo levar sua interrupção à população.

A atualização contínua da base do custeio do SAMU pelos entes federados e a efetiva participação dos Estados no repasse do custeio aos municípios contribuiria substancialmente para a sustentabilidade econômica do SAMU.

Ainda, diante da escassez de estudos sobre sustentabilidade econômica do SAMU, esta pesquisa poderá subsidiar estudos futuros que se proponham a utilizar a mesma metodologia.

Sugere-se a realização de pesquisas de investigação da relação do GRAU e do SAMU no estado de São Paulo, buscando o impacto da manutenção destes frente a garantia da oferta do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência aos paulistas.

Limitações do estudo

Indica-se, como uma limitação deste estudo, o fato de que os indicadores propostos, construídos e aplicados não foram validados e consensados entre profissionais da área.

Implicações para a prática

Os resultados obtidos poderão direcionar outros SAMUs quanto à implementação e apuração de seus custos, passo a passo, visando à manutenção da sustentabilidade econômico-financeira, possibilitando tangibilizar os benefícios deste processo.

Destaca-se que esta pesquisa representa um avanço para a área da Saúde ao evidenciar os reais custos do SAMU por componente e a participação do financiamento pelos entes federados; mapeou a condição, intensidade e a correlação de variáveis que influenciam na adimplência/inadimplência financeira pelos municípios. Ainda, propôs um painel de indicadores objetivando instrumentalizar gestores a monitorar a sustentabilidade econômica do SAMU.

7. FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1999;32(4):381-87.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 8 Jul. 2011. Seção 1:69.
3. Brasil. Decreto nº 5.055, de 27 de Abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 Abr. 2004. Seção 1:80.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de Maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*. 22 Maio. 2012. Seção 1:87.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2022 Out 20]. Disponível: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf
6. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGC. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 Jul [acesso em 2022 Out 20];33(7):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>
7. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 Jun [acesso em 2022 Out 20];45(3):519-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SNwZbLsnMXz3jJqmhPYQpph/?format=pdf&lang=en>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2022 Out 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297–305.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 2022 Out 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
11. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MDA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2019 Jan./Dez. [acesso em 2022 Out 20];40[aproximadamente

- 10 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/?format=pdf&lang=en>
12. Almeida PMVD, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMC, Palhares VDC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(2):289-95.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
14. Mata KSS, Ribeiro IAP, Pereira PSL, Nascimento MVF, Carvalho GCN, Macedo JB. et al. Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(8):2137-45.
15. Brasil. Câmara dos Deputados. Ata da 3ª reunião extraordinária, de 28 de junho de 2022. Esta reunião foi convocada para debater a necessidade de recomposição do financiamento tripartite do Programa de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. *Diário do Congresso Nacional*, 28 Jun 2022; Seção 4(56).
16. Confederação Nacional dos Municípios. Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília (DF): CNM; 2018.
17. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Jan. 2012. Seção 1:1.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de Dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 29 Dez. 2017. Seção 1: 21-22.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria nº 288, de 12 de Março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Brasília (DF): Ministério; 2018 [acesso em 2022 Out 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0288_29_03_2018.html
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 639, de 25 de março de 2022. Gestão Municipal. *Diário Oficial da União*. 18 Abr. 2022. Seção 1:226.
21. São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 61.444, de 20 de Agosto de 2015. Organiza o Grupo de resgate e atenção às urgências e emergências - GRAU, da Coordenadoria de serviços de saúde, da Secretaria da Saúde, e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 21 Ago. 2015. Seção I:3.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS). Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12 Jan 2018. Seção 1:37-38.

24. Berto DJ, Beulke R. Gestão de custos e resultados na saúde. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2012.

Martins E. Contabilidade de custos. 11ª ed. São Paulo: Atlas; 2018.

Iaquinto BO. A sustentabilidade e suas dimensões. Rev ESMESC. 2018;25(31):157-78.

Sachs I. Estratégias de transição para o Século XXI: desenvolvimento e meio ambiente. São Paulo: Studio Nobei/FUNDAP, 1993.

Oliveira MLC, Faria SC. Indicadores de saúde ambiental na formulação e avaliação de políticas de desenvolvimento sustentável. Rev Bras Ciênc Ambientais [periódico na Internet]. 2008 Dez [acesso em 2023 Mar 16];(11):16-22.

Disponível em: https://www.rbciamb.com.br/Publicacoes_RBCIAMB/article/view/414/360

Kronemberger D. Desenvolvimento local sustentável: uma abordagem prática. São Paulo: Editora Senac; 2011.

Alves DFA, Carnut L, Mendes A. Dimensionamento da ‘economia política’ na ‘economia da saúde’: para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. Saúde Debate. 2019;43 Esp. 5:145-60.

Gil AC. E-book Como elaborar projetos de pesquisa. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2022.

Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Jun. 1993. Seção 1: 8269.

Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.

Ministério da Saúde. Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS, de 23 Março de 2009. Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir dos SIOPS 2007 semestral [Internet]. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2022 Out 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/publicacoes/notas-tecnicas/indicadores/2009/nt-apresentacao-indicadores-a-partir-do-1o-semester-de-2007.pdf/>

Bertolini RPT. Análise do custo efetividade do atendimento pré-hospitalar (SAMU) às vítimas de acidentes de motocicleta hospitalizadas em unidade de referência estadual na capital, Recife/PE [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; 2020.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 5 Out. 1985. Seção 1:1-32.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2016.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 27 abr. 2021. Diário Oficial da União. 20 Set. 1990. Seção 1: 18055.

Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av.* 2013;27(78):7-27.

Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Constitucionais [periódico na Internet]*. 2017 Jan./Abr. [acesso em 2022 Out 20];4(1):259. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>

Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Agra MAC, Freitas TCS, Caetano JA, Alexandre ACS, Sá GGM, Galindo Neto NM. Nursing dissertations and theses on the mobile emergency care services: a bibliometric study. *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]*. 2018 Jan/Mar [acesso em 2023 Mar 16];27(1):e3500016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PThzh5pvpvQFrjfZVgxhqrL/?format=pdf&lang=en>

Coelho GMP, Abib SCV, Lima KSB, Mendes RNC, Santos RAA, Barros AG. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco.* 2013;4(3-4):161-3.

Santos L. The first 30 years of the SUS: an uncomfortable balance? *Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]*. 2018 Jun [acesso em 2023 Mar 15]:23(6):2043-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7hY9jZy5fCzzmy6CRfQ9Bss/?format=pdf&lang=en>

Marques RM. Notas exploratorias sobre as razoes do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planej Polít Públicas [periódico na Internet]*. 2017 Jul/Dez [acesso em 2023 Mar 16];(49):35-53. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8232/1/ppp_n49_notas.pdf

Pereira BL, Faleiros D [homepage na Internet]. Brasília (DF): CONASEMS; 2019 [acesso em 2023 15 Mar]. Desvinculação Orçamentária e o Financiamento da Saúde; [aproximadamente 13 telas]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Desvincula%C3%A7%C3%A3o-Or%C3%A7ament%C3%A1ria-An%C3%A1lise-Conasems-1.pdf>

Funcia FR. Underfunding and federal budget of SUS: preliminary references for additional resource allocation. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2019 Dez [acesso em 2023 Mar 16];24(12):4405-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?format=pdf&lang=en>

Oliveira LF, Sampaio FJCS. Custeamento do Serviço de atendimento Móvel de Urgência: Um estudo de caso em um município potiguar. In: Anais do III Simpósio de Controladoria da UFRPE [Internet]. 2018 Ago/Set 31; Recife (PE): UFRPE; 2018 [acesso em 2023 Mar 16]. Disponível em: <http://www.simpcont.ppgc.ufrpe.br/sites/simpcont.ppgc.ufrpe.br/files/Artigo%20003%20III.pdf>

Neto FCB, Caiana CRA, Barboza EN, Maia AG. Impactos da pandemia da covid-19 sob a égide do código de defesa do consumidor. Res Soc Develop [periódico na Internet]. 2020 Abr [acesso em 2023 Jul 15];9(6):166963578. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/3578/3894/21138>

IBGE [homepage na Internet]. Brasília (DF): IBGE; ©2023 [acesso em 2023 Mar 16]. Conheça cidades e estados do Brasil: O Cidades@; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

IBGE [homepage na Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2023 [acesso em 2023 Mar. 16]. Inflação; [aproximadamente 6 telas]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1:56.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1:57-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1:32-54.

Brasil. 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 de dez 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1: 25694.

Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1:2.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que 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 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [acesso em 2023 Mar 16]. Disponível em: <https://usp.br/sddarquivos/arquivos/vancouver.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 322, de 08 de maio de 2003. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 09 maio. 2003. Seção 1.

Brasil. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo “Dr. Sebastião de Moraes” - COSEMS/SP. Carta do 35 Congresso COSEMS/SP de 2022. In Anais do 35º Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo [Internet]. 2022; São Paulo: COMSEMP/SP; 2022 [acesso em 2023 Mar 16]. Disponível em: <http://rspress.com.br/userfiles/projetos/cosemssp/2022/35congresso/carta/2/>

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR. Carta do 36 Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR de 2022. In Anais do XXXVI Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná [Internet]. 2022 Out 18-20; Foz do Iguaçu: Secretarias Municipais de Saúde do Paraná; 2022 [acesso em 2023 Mar 16]. Disponível em: <https://cosempr.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Carta-de-Foz-do-Iguacu-2022.pdf>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. [Internet]. Aracaju: CONASEMS; 2022 [acesso em 2023 Mar 15]. Carta de Aracaju- 8º Congresso Norte-Nordeste; [aproximadamente 5 p.] Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Carta-de-Aracaju-2022-1.pdf>

Município de São José do Rio Preto. Convenio 01/2017/SMS. Conjunção de esforços para operacionalização dos serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU Regional. Diário Oficial do Município. 27 set. 2017; 4167.

Sousa A. Coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. O que medem e em que situações devem ser utilizados? Correio dos Açores 2019 maio; p. 64.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2017. *Seção* 1:192/288

APÊNDICE I

Planilha utilizada para composição do custo dos componentes do SAMU e custo médio unitário de uma chamada regulada, atendimento de USA e capacitação.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Despesas com Recursos Humanos	R\$					
Despesas com Insumos	R\$					
Outras despesas na produção dos serviços	R\$					
Custo Total do Componente	R\$					
Número de Chamadas Reguladas	qtd					
Custo médio de uma chamada regulada	R\$					

UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Despesas com Recursos Humanos	R\$					
Despesas com Insumos	R\$					
Outras despesas na produção dos serviços	R\$					
Custo Total do Componente	R\$					
Número de atendimentos com USA	qtd					
Custo médio de um atendimento de USA	R\$					

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Despesas com Recursos Humanos	R\$					
Despesas com Insumos	R\$					
Outras despesas na produção dos serviços	R\$					
Custo Total do Componente	R\$					
Número de capacitados e instruídos com o NEU	qtd					
Custo médio de uma capacitação	R\$					

Legenda:

CRU: Central de Regulação de Urgências;

USA: Unidade de Suporte Avançado;

NEU: Núcleo de Educação em Urgências;

SES-SP: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo;

APÊNDICE II

Planilha utilizada para apuração dos percentuais de repasse financeiro / custeio em relação aos custos por componente do SAMU.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS	Unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total do Componente	R\$					
Repasse de custeio pelo MS referente à CRU	R\$					
% real de repasse do MS em relação aos custos da CRU	%					
Repasse de custeio pela SES-SP referente à CRU	R\$					
% real de repasse da SES-SP em relação aos custos da CRU	%					
Valor de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% real de custeio pelos municípios conveniados em relação aos custos da CRU	%					

UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	Unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total do Componente	R\$					
Repasse de custeio pelo MS referente às USAs	R\$					
% real de repasse do MS em relação aos custos da USAs	%					
Repasse de custeio pela SES-SP referente às USAs	R\$					
% real de repasse da SES-SP em relação aos custos da USAs	%					
Valor de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% real de custeio pelos municípios conveniados em relação aos custos das USAs	%					

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO DE URGÊNCIAS	Unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total do Componente	R\$					
Repasse de custeio pelo MS referente ao NEU	R\$					
% real de repasse do MS em relação aos custos do NEU	%					
Repasse de custeio pela SES-SP referente ao NEU	R\$					
% real de repasse da SES-SP em relação aos custos do NEU	%					
Valor de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% real de custeio pelos municípios conveniados em relação aos custos do NEU	%					

Legenda:

CRU: Central de Regulação de Urgências;

USA: Unidade de Suporte Avançado;

NEU: Núcleo de Educação em Urgências;

SES-SP: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo;

APÊNDICE III

Planilha para apuração das diferenças de repasse de custeio e o custo por componente do SAMU por ente federado.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total da CRU	R\$					
Valor do repasse de custeio do MS para a CRU	R\$					
% repasse de custeio do MS preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS para a CRU	%					
Projeção de valor de custeio do MS em relação ao custo total da CRU	R\$					
% de diferença entre o custo da CRU e o repasse recebido do MS	%					
Valor da diferença entre o custo da CRU e o repasse recebido do MS	R\$					
Valor do repasse de custeio da SES-SP para a CRU	R\$					
% repasse de custeio da SES-SP preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS	%					
Projeção de valor de custeio da SES-SP em relação ao custo total da CRU	R\$					
% de diferença entre o custo da CRU e o repasse recebido da SES-SP	%					
Valor da diferença entre o custo da CRU e o repasse recebido do SES-SP	R\$					
Valor de repasse de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% repasse de custeio dos municípios preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS	%					
Projeção de valor de custeio dos municípios em relação ao custo total da CRU	R\$					
% de diferença entre o custo da CRU e o repasse dos municípios	%					
Valor da diferença entre o custo da CRU e o repasse dos municípios	R\$					

UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total das USAs	R\$					
Valor do repasse de custeio do MS para as USAs	R\$					
% repasse de custeio do MS preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS para as USAs	%					
Projeção de valor de custeio do MS em relação ao custo total das USAs	R\$					
% de diferença entre o custo das USAs e o repasse recebido do MS	%					
Valor da diferença entre o custo das USAs o repasse recebido do MS	R\$					
Valor do repasse de custeio da SES-SP para as USAs	R\$					
% repasse de custeio da SES-SP preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS	%					
Projeção de valor de custeio da SES-SP em relação ao custo total das USAs	R\$					
% de diferença entre o custo das USAs e o repasse recebido da SES-SP	%					
Valor da diferença entre o custo das USAs e o repasse recebido do SES-SP	R\$					
Valor de repasse de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% repasse de custeio dos municípios preconizado pela	%					

Portaria 1.010/GM/MS					
Projeção de valor de custeio dos municípios em relação ao custo total das USAs	R\$				
% de diferença entre o custo das USAs e o repasse dos municípios	%				
Valor da diferença entre o custo das USAs e o repasse dos municípios	R\$				

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO DE URGÊNCIAS	unidade	PERÍODO				
		2017	2018	2019	2020	TOTAL
Custo total do NEU	R\$					
Valor do repasse de custeio do MS para o NEU	R\$					
% repasse de custeio do MS preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS para o NEU	%					
Projeção de valor de custeio do MS em relação ao custo total do NEU	R\$					
% de diferença entre o custo do NEU e o repasse recebido do MS	%					
Valor da diferença entre o custo do NEU e o repasse recebido do MS	R\$					
Valor do repasse de custeio da SES-SP para o NEU	R\$					
% repasse de custeio da SES-SP preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS	%					
Projeção de valor de custeio da SES-SP em relação ao custo total do NEU	R\$					
% de diferença entre o custo do NEU e o repasse recebido da SES-SP MS	%					
Valor da diferença entre o custo do NEU e o repasse recebido do SES-SP	R\$					
Valor de repasse de custeio dos municípios conveniados	R\$					
% repasse de custeio dos municípios preconizado pela Portaria 1.010/GM/MS	%					
Projeção de valor de custeio dos municípios em relação ao custo total do NEU	R\$					
% de diferença entre o custo do NEU e o repasse dos municípios	%					
Valor da diferença entre o custo do NEU e o repasse dos municípios	R\$					

Legenda:

CRU: Central de Regulação de Urgências;

USA: Unidade de Suporte Avançado;

NEU: Núcleo de Educação em Urgências;

SES-SP: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo;

APÊNDICE IV

Planilha para análise de relação de inadimplência dos municípios conveniados referente ao repasse de custeio mensal do SAMU

município / ano	2017				2018				2019				2020			
	Pop ⁽ⁱ⁾	part. transf. gov. ⁽ⁱⁱ⁾	%receita própria	qtd meses inad. ^(iv)	pop ⁽ⁱ⁾	part. transf. gov. ⁽ⁱⁱ⁾	%receita própria	qtd meses inad. ^(iv)	populaçã o ⁽ⁱ⁾	part. transf. gov. ⁽ⁱⁱ⁾	%receit a própria	qtd meses inad. ^(iv)	populaçã o ⁽ⁱ⁾	part. transf. gov. ⁽ⁱⁱ⁾	%receit a própria	qtd meses inad. ^(iv)
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
.....																

Legenda:

i) quantitativo/porte populacional dos municípios;

ii) o grau de dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo - informado no SIOPS através do indicador “participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município” descrito na nota técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS;

iii) o percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a lei complementar 141/2012 - informado no SIOPS;

Iv) quantidade de meses inadimplentes com mais de 2 parcelas em atraso;

ANEXO

ANEXO I – Parecer CEP FAMERP

Parecer n° 5103688

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 52895421.0.0000.5415 sob a responsabilidade de Marli de Carvalho Jericó com o título “CUSTO E FINANCIAMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA PELOS ENTES FEDERADOS” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse Comitê na Plataforma Brasil em 12/11/2021. Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen
Coordenadora do CEP-FAMERP

Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Vice-Coodenador do CEP-FAMERP

Documento emitido no dia 14 de dezembro de 2021.

Código de validação: 95B9-0C0E-A8A9-403D-AB4B

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>